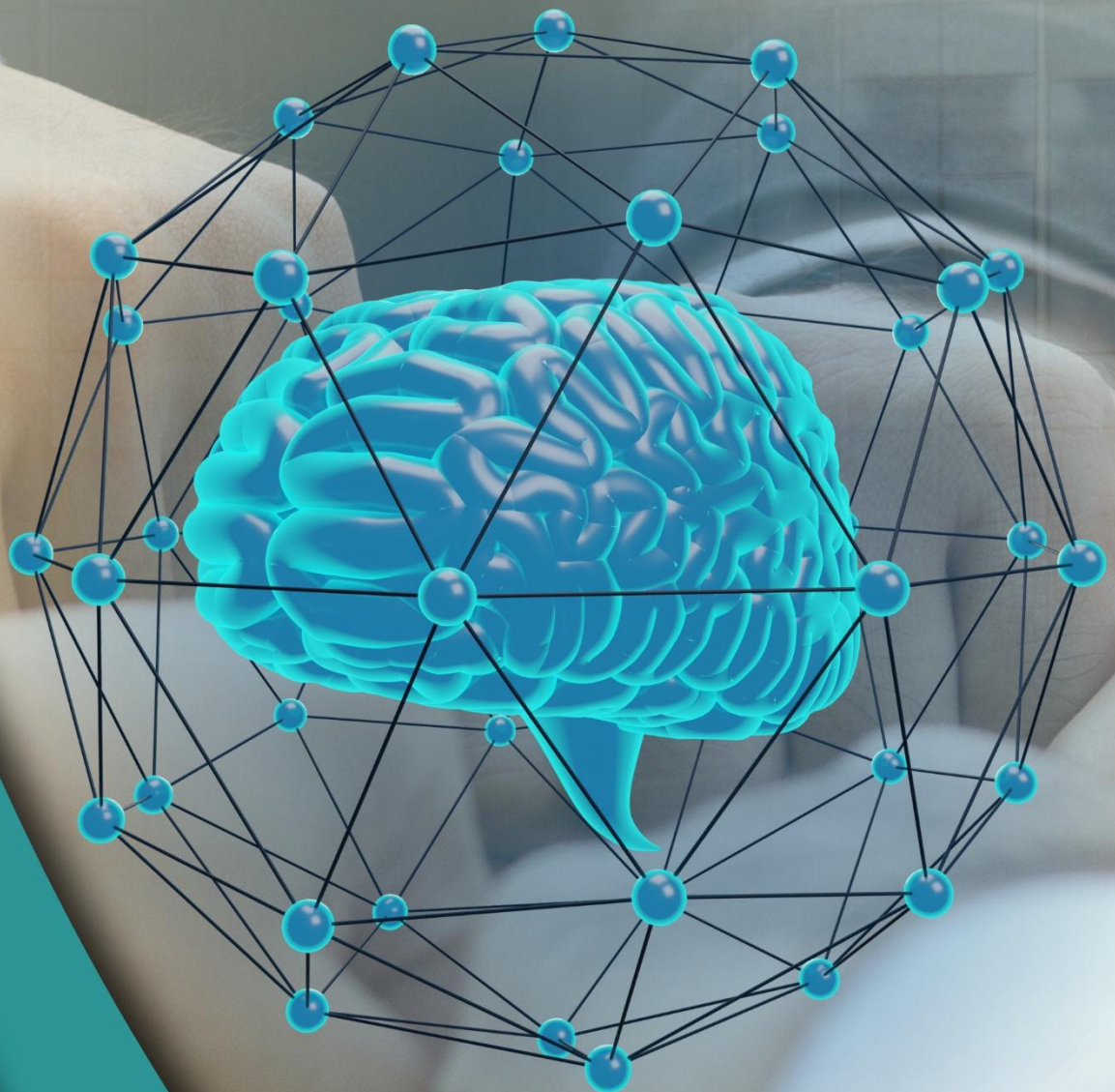




กรมการแพทย์
Department of Medical Services

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบบครบวงจร สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**Practice Guidelines of Comprehensive Care Management for
Older Persons with Dementia for Local Administrative Organization**



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
(พ.ศ.2567)

คู่มือ

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร
สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Practice Guidelines of Comprehensive Care
Management for Older Persons with Dementia for
Local Administrative Organization

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. 2567

กองบรรณาธิการ

นางสาวอรรณพ คุหา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวภัชร์จิรย์ ธัมเมรัตน์

กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

นางสาวขวัญฤดี มีผิว

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม 2568

จำนวนหน้า 138 หน้า

โรงพิมพ์ : บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อรรณพ คุหา, บรรณาธิการ.

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น = Practice guidelines of comprehensive care management for older persons with dementia for local administrative organization.-- นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2568.

138 หน้า.

1. ภาวะสมองเสื่อม. 2. ผู้สูงอายุ--การดูแล. I. ภัชร์จิรย์ ธัมเมรัตน์, บรรณาธิการ, ผู้แต่งร่วม. II. ขวัญฤดี มีผิว, บรรณาธิการ, ผู้แต่งร่วม. III. ชื่อเรื่อง.

616.83

ISBN 978-616-11-5390-8

คู่มือ แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Practice Guidelines of Comprehensive Care Management for Older Persons with Dementia for Local Administrative Organization.

เป็นลิขสิทธิ์ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมการแพทย์	
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
รองอธิบดีกรมการแพทย์	
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขท้องถิ่น	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม	
ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน	นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย

คณะทำงาน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวอรรพรรณ คูหา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
พญ.มานิตา กิตติเลิศวรกุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ
นางสาวขวัญฤดี มีผิว	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายพิบูลวงศ์ โปล้งวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายณัฐพล ใหม่เพย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

นางสาวปรียาภรณ์ จันทร์ทิพย์	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น
นางสาวภัสร์จิรสม์ ธัชเมฆรัตน์	ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
นายพีระพงษ์ รอดจินดา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พว.สุวรรณี นิยมจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พว.พรทิพา นวลมุสิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพะเยา

นายแพทย์คุณากร นาดีะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์วิฑูรย์ จอมคำ	นายแพทย์ชำนาญการ
นายแพทย์สุเมธ นาจรัส	นายแพทย์ชำนาญการ
นางเก๋หลั่น ประเสริฐธิดิพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

นางมนัสวรรณ พิชัยจุมพล	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
นางสาวกรรณิการ์ จูหลง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

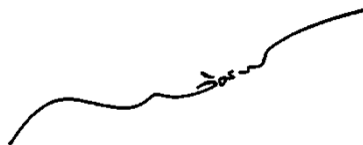
องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา (อบจ.พะเยา)

นายวัฒนพงศ์ ธิรภัทรไพบูลย์	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
นางประทีศนาพร กำจรเกียรติสกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า
นางแสงทวน แก้วจิโน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คำนิยม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทางวิชาการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับเชิงนโยบาย การดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะสมองเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่ายในการนำรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสู่การจัดระบบบริการในระดับพื้นที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565 และต่อเนื่องการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นต้นน้ำในการค้นหาปัญหาสุขภาพ รวมถึงปัญหาด้านความคิดความจำ การเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีการขยายผลของระบบการดูแลให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO การบูรณาการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสร้างต้นแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิของหน่วยงานในกำกับดูแลของ อปท. ซึ่งกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาก่อให้เกิดตัวอย่างรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลให้เกิดประโยชน์ดังปรากฏในเอกสารนี้ ความร่วมมือกันนี้ไม่เพียงจะทำให้ระบบเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะจุดประกายและเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปต่อยอดขยายผลจนเกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีในพื้นที่

ขอขอบคุณและชื่นชมหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบทั้ง 4 พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชธน กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มงานนวัตกรรมและถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และกองสาธารณสุขท้องถิ่นที่ร่วมเป็นจุดของการสะท้อนการพัฒนาการดูแลรักษา นวัตกรรมจัดการและดูแลสุขภาพ และถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพราะการสร้างระบบการดูแลไม่ใช่งานของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง ต้องมีความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ ชุมชน และภาคเอกชน ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดขึ้น และที่สำคัญกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นพันธมิตรที่สำคัญและเข้มแข็ง มุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศ



(นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนิยม

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และมาตรฐานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล การดำเนินการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยได้ร่วมมือในการดำเนินงานในการพัฒนาต้นแบบ การจัดการและดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในการดูแลระดับปฐมภูมิ เพื่อคัดกรอง ค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหา ความจำเสื่อม เพื่อนำไปเข้าสู่ระบบบริการทั้งการป้องกัน ดูแล และรักษา ตั้งแต่ในระดับสถานบริการจนกระทั่ง กลับไปอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถจัดการดูแลตนเอง และผู้ที่มีปัญหาความจำ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการจัดการ และดูแลระดับปฐมภูมิ โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ผ่านระบบการคัดกรอง คัดแยก และยังไม่มีความจำ สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริม ป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม ในส่วนผู้สูงอายุที่มีการ รู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (กลุ่มเสี่ยง) ก็สามารถเข้ารับบริการกิจกรรมหรือโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง ให้สามารถคงศักยภาพสมองไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการค้นหาปัญหาและจัดบริการสุขภาพ โดยองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ชุมชน และทีมสังคมในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทาง สังคม โดยความร่วมมือเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ครบวงจรและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ต่อไป

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอขอบคุณสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ที่ได้ร่วมมือและร่วมทำงานด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และหาต้นแบบการ จัดบริการการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม รวมทั้งการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อน การดูแลและนวัตกรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุในทุกมิติ ซึ่งกรมการแพทย์เป็นพันธมิตรที่สำคัญและเข้มแข็ง ในการสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศ



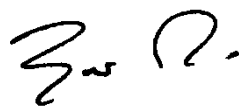
(นายณฤชา โฆษาศิวิไลซ์)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

คำนำ

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพและทีมภาคีที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการในการดูแลรักษาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร เป้าหมายเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพภาคสุขภาพ ภาคสังคม และโดยภาคประชาชน การนำเสนอจะให้แนวคิดหลักการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลก แนวคิดหลักการและระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวของประเทศไทย ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไว้เป็นแนวคิดพื้นฐานเพื่อการขยายหรือต่อยอดการจัดการดูแลให้ครอบคลุมในหน่วยงานที่จะเกี่ยวข้องมากขึ้น ใน **ส่วนที่หนึ่ง** นำเสนอการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร **ส่วนที่สอง** นำเสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร **ส่วนที่สาม** นำเสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: พื้นที่ต้นแบบการบูรณาการทีมสุขภาพและทีมท้องถิ่น และ **ส่วนที่สี่** นำเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ การดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care)

การจัดให้มีระบบบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบครบวงจร จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการวินิจฉัยและบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การเข้าถึงบริการเพื่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ โดยได้รับการปกป้องคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม และชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน สำหรับประเทศไทยการดำเนินการให้มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อเป็นการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงอายุต่อไป



(แพทย์หญิงบุษกร โลหารขุน)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

		หน้า
คำนิยม		
คำนำ		
สารบัญ		
ส่วนที่ 1	การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร	1
	ความนำ	
	สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อมของไทย	1
	แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan)	3
	ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ	4
	ภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (ประเทศไทย)	
	ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	6
ส่วนที่ 2	แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร:	14
	ภาวะสมองเสื่อม	14
	การจัดการปัญหา อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตใจในผู้ที่มี	14
	ภาวะสมองเสื่อม	
	การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	15
	ตามการจัดการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	
	แนวทางการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	19
	ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ภายใต้การจัดการ	21
	บริการระดับปฐมภูมิ	
	การดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	21
	ระบบการคัดกรอง คัดแยก	21
	ระบบการคัดกลุ่ม	27
	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	31
	บทบาทของอาสาสมัครชุมชน	41
	แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (care plan)	49
	บทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่นในการจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	64
	บทสรุป	67
ส่วนที่ 3	แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: พื้นที่	69
	ต้นแบบการบูรณาการภาคสุขภาพและท้องถิ่น	
	การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	69
	“พะเยาโมเดล”	

	หน้า
การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) พื้นที่ต้นแบบอำเภอเมือง	70
กระบวนการดำเนินงาน	70
ผลลัพธ์ที่จะได้รับ	71
การดำเนินงานของภาคสุขภาพ : พะเยาโมเดล	71
บทสรุป	75
ส่วนที่ 4 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ การดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care)	80
การดูแลกลางวัน	80
มาตรฐานการดูแลกลางวัน	80
การจัดบริการการดูแลกลางวัน	81
รูปแบบการจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และภาวะสมองเสื่อมระยะแรก : ศิริรัฐนิคมโมเดล	82
รูปแบบการจัดบริการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเวลากลางวันแบบครบวงจร (Day Services)	94
บทสรุป	98
ภาคผนวก ภาคผนวกที่ 1 เอกสารแบบฟอร์ม	105
ภาคผนวกที่ 2 เอกสารสำหรับทีมอาสาสมัครสาธารณสุข	108
ภาคผนวกที่ 3 เอกสารสำหรับทีมสุขภาพ	117

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับ ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ
ตารางที่ 2	การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไตรภาคี
ตารางที่ 3	แสดงหน้าที่ของ อสม. จิตอาสา Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม
ตารางที่ 4	สรุปบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และ จิตอาสา
ตารางที่ 5	สรุปหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และ จิตอาสา
ตารางที่ 6	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากร สุขภาพ (ตามแนวทางการดูแล 6 มิติ ใน 18 ประเด็น)
ตารางที่ 7	แนวทางการจัดทำและนำใช้ แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับ อาสาสมัครในชุมชน (ตามเป้าหมายการดูแลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม)
ตารางที่ 8	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครใน ชุมชน (ตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย)
ตารางที่ 9	แสดงผลการเปรียบเทียบมาตรฐานการจัดบริการการดูแลกลางวัน

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม : ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	4
ภาพที่ 2 คุณลักษณะ 6 องค์ประกอบ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร	8
ภาพที่ 3 กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมครบวงจร	8
ภาพที่ 4 แนวทางการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทยที่ครอบคลุม ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม	10
ภาพที่ 5 แผนผังการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care)	11
ภาพที่ 6 ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	12
ภาพที่ 7 ผังไหล ความเชื่อมโยงระบบปฐมภูมิ คลินิกผู้สูงอายุ และระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system)	13
ภาพที่ 8 การบูรณาการการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ	16
ภาพที่ 9 แนวทางจัดการและดำเนินงานงานปฐมภูมิของ 3 หมอ	16
ภาพที่ 10 แนวทางการจัดการในระดับปฐมภูมิ ตามหลักคุณลักษณะของการพึ่งตนเอง และ พึงบริการ	17
ภาพที่ 11 การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	20
ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม 6 มิติ 18 ประเด็น ปัญหา	50
ภาพที่ 13 Time line การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดพะเยา	69
ภาพที่ 14 CDC System of Phayao Hospital	72
ภาพที่ 15 แนวทางการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยาสำหรับผู้ที่มีสภาวะ สมองเสื่อม	73
ภาพที่ 16 ผังการดำเนินงานระบบการคัดกลุ่ม รพ.ศิริรัฐนิคม	86

ส่วนที่ 1

การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

ความนำ

สถานการณ์ภาวะสังคมผู้สูงอายุของไทย และภาวะสมองเสื่อมของไทย

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.4 (7.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2561 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.5 (11.6 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28^[1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของไทย ทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขมากที่สุด นอกจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า^[1] และมีรายงานว่าผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีเพียงร้อยละ 27.5 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะรู้สึกสุขภาพดีไม่ปรากฏโรค ในกรณีการเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น พบว่าป่วยหนึ่งโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพร้อยละ 18.3 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 61.8 หากพบโรคมามากกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค จากการประมาณการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 980,000 คน ในปี 2543 เป็น 2,010,000 คน ในปี พ.ศ. 2563^[2]

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เป็นคำกล่าวรวมของภาวะโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการลดลงของความจำ ความสามารถในการรู้คิด และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่หรือประมาณ ร้อยละ 60-70 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุหลักอื่นๆ เกิดจากภาวะสมองเสื่อม จากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่มีเลวียอดี (Dementia with Lewy bodies) และภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มโรคในส่วนหน้าและส่วนด้านข้างของสมอง (Frontotemporal dementia) ซึ่งการเกิดโรคอาจแยกจากกันได้ ไม่ชัดเจนและมักพบเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน^[3] แม้จะมีการค้นคว้าหาวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม หรือหยุดการเสื่อมลงของสมองหรือรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่ จึงเป็นแบบประคับประคองและเพื่อชะลอการเสื่อมลงเท่านั้น ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน^[4]

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย การศึกษาภาวะสมองเสื่อม พบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประมาณ 229,000 คน ในประเทศไทยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้เป็นโรคมามากขึ้นตามค่าอายุเฉลี่ยของประชากร จากสถิติพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1^[5] ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย

ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ความชุกจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และคาดว่าในปีพ .ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน^[6] อย่างไรก็ตามพบว่า ภาวะสมองเสื่อมยังมีปัญหาในเรื่องของการวินิจฉัยโรคเนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์^[4] นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างมีความซับซ้อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากความเสี่ยงร่วมกับมีโรคเรื้อรังหลายโรค และหากผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย จะทำให้มีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มขึ้น^[7]

ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบ ภาวะสมองเสื่อม พบได้ในผู้สูงอายุ แต่ไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ยังมีความเข้าใจผิดว่าภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นไปตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงทำให้เกิดเป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยและการดูแล การขาดความรู้และความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมยังก่อให้เกิดความหวาดกลัวการเป็นภาวะสมองเสื่อม และนำไปสู่การตีตรา เกิดเป็นตรรกะปาลและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการละเมิดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งพบได้ทั้งในชุมชนและในบ้านพักคนชรา^[8] ดังนั้นจึงควร *สร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการเกิดโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง* เพื่อลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของผู้พิการ เพิ่มความสามารถในการรับรู้อาการและอาการของ (ความคิด) ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และการเพิ่มความรู้ความเข้าใจของภาคประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมวิถีสุขภาพและลดพฤติกรรมความเสี่ยงในทุกด้าน และการสร้างสังคมที่เป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม สภาพแวดล้อมของชุมชนที่เข้าถึงได้จะช่วยเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมและรักษาความปลอดภัยให้กับทุกคน ในการที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว^[8] ประเด็นสำคัญ คือ การปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การลดการตีตราที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็น คนบ้า คนวิกลจริต รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคม และการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล แนวคิดการเป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องเชื่อมโยงกับสังคมที่มีความเป็นมิตรกับทุกวัย ทั้งความคิดเกี่ยวกับอายุ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งความเป็นมิตรต้องคำนึงถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและกลุ่มที่แยกตัวไม่เข้าสังคม การรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและโปรแกรมที่เป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและความต้องการเฉพาะของชุมชน จะสามารถส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ทางสังคมที่สะท้อนถึงความปรารถนาและความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนให้มากขึ้น^[8]

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมด้านค่าใช้จ่าย ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้าน รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รายงานผลการประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก ในปี พ.ศ.

2553 พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 604 พันล้านดอลลาร์^[3] และจากการศึกษาของอรรวรรณ์ คูหา และคณะ (2561)^[9] ประเด็นภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Caregiver Burden Scale) ฉบับภาษาไทย (ฉบับ 12 ข้อ) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนภาระการดูแลตามช่วงอายุของผู้ดูแล พบว่า ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับ ตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาคูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34 ± 1.175 คะแนน) มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.20 ± 1.124 คะแนน) และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใจใส่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในได้ดีกว่านี้ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54 ± 1.311 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยเพียงผู้เดียวแต่ยังส่งผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัวทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหนึ่งคน ซึ่งการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง และจากรายงานของ HITAP ขึ้น^[10] พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษา^[11] ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่า ค่าใช้จ่าย ในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อาจสูงถึง 50,000 บาทต่อเดือน ในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือไปใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ จากภาวะสมองเสื่อม

แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017 – 2025 ในการตอบสนองของการสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม จัดทำโดย องค์การอนามัยโลก^[3]

องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว สังคมและเครือข่าย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยดำเนินการใน 7 ประเด็น คือ^[3]

1. การจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก (Dementia as a public priority)
2. การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia awareness and friendliness)

3. การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction)
4. การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support)
5. การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Support for dementia carers)
6. ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Information systems for dementia)
7. การวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia research and innovation)

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (ประเทศไทย)

การสร้างระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นในประเทศไทยยังไม่มีระบบหรือรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในระดับนโยบายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และจากการศึกษาของอรรถวรรณ์ คูหา และคณะ (2561) เกี่ยวกับ ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทของชุมชนที่ศึกษา พบว่า ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมฯ คือ “ชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว” สรุป ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท ดังภาพที่ 1^[9]

ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม : ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว



ภาพที่ 1 ระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม : ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

[ที่มา: ระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการการดูแลระยะยาว ในชุมชนชนบท โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561).]

ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท จากผลการศึกษา ได้เสนอว่า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดหลัก 2) การคุ้มครองด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชน 3) เป้าหมายของระบบการคุ้มครองฯ และ 4) กลไกการขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ จึงจะสามารถให้เกิด “ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” ได้ โดยองค์ประกอบ ด้านต่างๆ คือ^[9]

1. แนวคิดหลัก คือ การที่ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพและภาคีสังคม/ชุมชน) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัว *ที่มีทัศนคติที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว* ทำให้ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชน

2. การคุ้มครองด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชน คือ การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว โดยภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน) *การจัดบริการด้านสุขภาพ* เป็นการจัดบริการโดย ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ สามระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ครอบคลุมการจัดบริการ 1) การคัดกรอง/คัดแยก 2) การวินิจฉัย/บำบัดรักษา 3) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน) และ 4) การพัฒนาศักยภาพสมองและบริการสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลตามสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ สำหรับ *การจัดบริการด้านสังคม/ชุมชน* โดยภาคีเครือข่ายบริการสังคมและชุมชน โดยมีการจัดบริการสังคมและชุมชน 2 ประการ คือ 1) บริการสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การจัดให้ได้รับสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ การช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การจัดยานพาหนะรับ-ส่ง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัคร เป็นต้น และ 2) บริการสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่าย/กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน การสนับสนุนหรือจัดให้มีผู้ดูแลช่วยเหลือในชุมชน การจัดบริการรับฝากดูแลยามกลางวัน การช่วยเหลือด้านการทำงาน/อาชีพที่บ้าน การสนับสนุนงบประมาณ/เงินช่วยเหลือครอบครัว (ค่าอาหาร ผ้าอ้อม อื่นๆ) จากกองทุนต่างๆ เป็นต้น

3. เป้าหมายของระบบการคุ้มครองฯ เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ของระบบการคุ้มครองฯ ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการสังคม/ชุมชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน) คือ ผู้ให้บริการสุขภาพและบริการสังคม/ชุมชน มีความเข้าใจและเกิดวัฒนธรรมการร่วมดูแลกันในชุมชน และ 3) สังคมชุมชนชนบท มีการคงไว้ซึ่งค่านิยมกตัญญูผู้อาวุโส และวัฒนธรรมการดูแลของสังคม/ชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งกัน และ

4. กลไกการขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ มีปัจจัยที่เป็นกลไกสำคัญ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน 2) การมีองค์กรกลางทำหน้าที่ในการบูรณาการการดำเนินงาน/แผนงานของภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน 3) ภาคส่วน คือ ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน 3) การมีนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนาและขับเคลื่อน “ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในชุมชนและโดยชุมชน” ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน และ 4) การมีแหล่งทุนหรืองบประมาณสนับสนุนองค์กร/หน่วยงานที่ต้องการดำเนินงานพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน

สำหรับค่านิยมระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่ได้จากการศึกษา^[9] ดังนี้

การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การจัดระบบบริการบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ครบวงจร โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ผ่านระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัย ระบบการพัฒนาศักยภาพสมอง ระบบการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน ภายใต้การบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ ที่มีคุณลักษณะเป็นกระบวนการจัดการดูแลทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) หรืออื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง

ระบบคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นการจัดบริการทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเข้าถึงบริการที่มีอยู่ได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องให้เกิดการคุ้มครองทางสังคมอย่างทั่วถึง ในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลและครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมที่จัดโดยภาครัฐและภาคเอกชนที่เข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

นิยาม หมายถึง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร หรือ **Comprehensive Dementia Care System for Older Persons** หรือ CDC system หมายถึง ชุดของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ทุกภาวะสุขภาพสมอง ที่ให้บริการดูแลอย่างครบถ้วน (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและในสถาบันสุขภาพ ซึ่งทั้งสามระบบต้องต่อเนื่อง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทันเหตุการณ์ และไร้รอยต่อ (seamless) ชุดของระบบทั้งหมดจะตอบสนองการดูแลสุขภาพสมองผู้สูงอายุทุกคนและทุกสถานะสุขภาพอย่างครอบคลุม (coverage) และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (access) การให้บริการในระบบเป็นการทำงานร่วมกัน (participation) ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน การจัดบริการจะมีการบูรณาการ (integration) ชุดของบริการในระบบเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ ให้มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ ระบบนี้มีเป้าหมายรวม คือ ให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้การป้องกัน ชะลอ

หรือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การบำบัดรักษา และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อสภาวะของผู้สูงอายุทุกสภาพสมองและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน^[10,11]

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรไม่ว่าจะดำเนินการในรูปแบบใดหรือใครเป็นเจ้าของภาพผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ต้องการ คือ การเพิ่มระดับคุณภาพสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย และประสิทธิภาพของระบบคือการทำงานตอบสนองคุณลักษณะ 6 คุณลักษณะ ของ CDC system ประกอบด้วย

1. Comprehensive หรือ ครบวงจร: ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร มี 3 ระบบย่อย หรือองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน) เป้าหมายของระบบ คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน ที่ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มที่พึงได้รับสิทธิในการส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะนี้เกิดขึ้นได้รับการบำบัดและรักษา ทั้งนี้การจัดการระบบต้องมีความร่วมมือของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และต้องด้วยการมีส่วนร่วมของภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรเอกชน

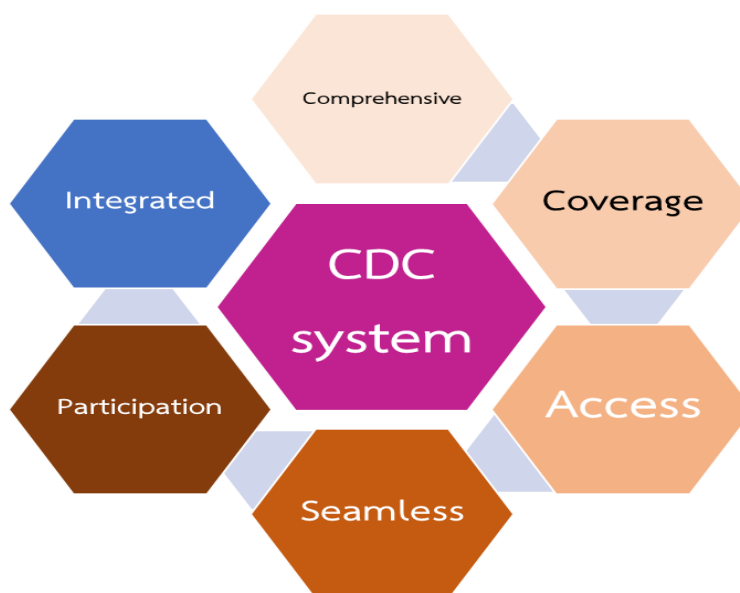
2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ การดำเนินงานของระบบย่อย มีการประสาน ส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์

3. Coverage หรือความครอบคลุม ระบบให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งผู้ที่ปกติ ผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยครอบคลุมประชากรแต่ละกลุ่มอย่างน้อย ร้อยละ 80

4. Access หรือ การเข้าถึง ระบบที่จัดให้เป็นธรรมแก่ประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก มีทั้งเชิงรับ เชิงรุก และครอบคลุมสิทธิที่พึงได้ของประชาชน

5. Participation หรือ ความร่วมมือ การจัดการระบบ เป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับบริการ คือทั้งปฐมภูมิ ทุตติภูมิ ตติภูมิ และที่สำคัญเป็นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรต่างๆทั้งของเอกชนและรัฐ

6. Integration หรือ การบูรณาการ ระบบจะบูรณาการบริการที่มีอยู่เข้ากับงานประจำที่ทำอยู่ และบูรณาการ แหล่ง ประโยชน์ โดยมีการดำเนินงานที่มีรูปแบบ มีแผนการชัดเจน เป็นเส้นทางเฉพาะของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่เริ่มต้นคัดกรอง จนถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องทั้งในชุมชน และในสถาบัน และที่สุดจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ

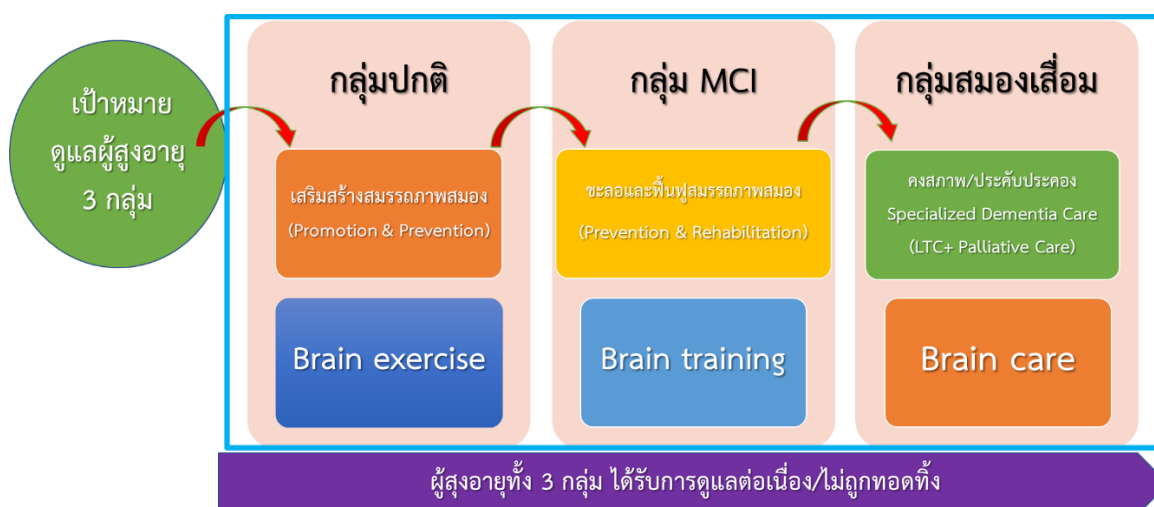


ภาพที่ 2 คุณลักษณะ 6 องค์ประกอบ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

เป้าหมายการจัดการและดูแล

เพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติ (ทางสมอง) กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพสมอง มี 3 รูปแบบ คือ

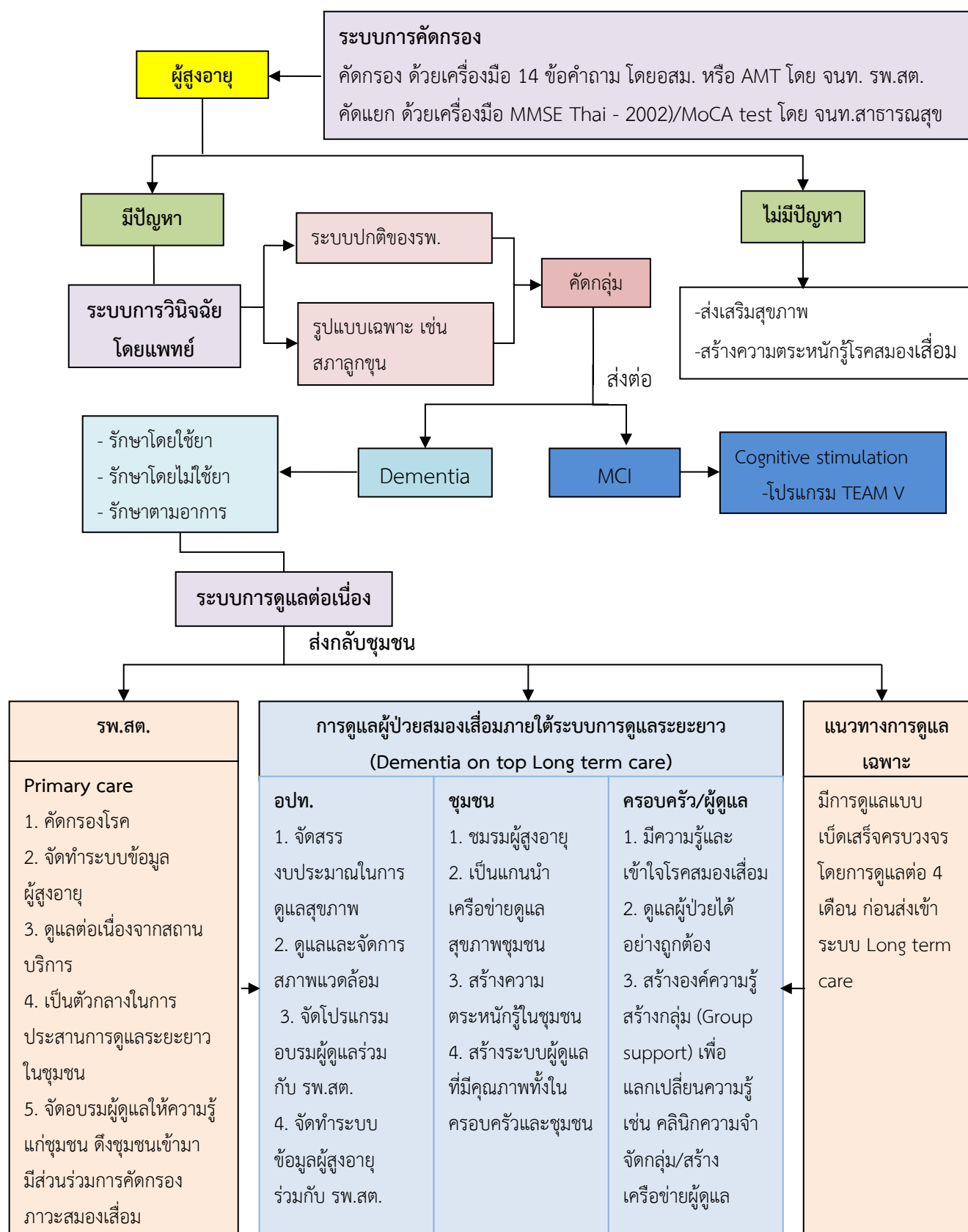
- 1) การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ (brain exercise)
- 2) การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) (brain rehabilitation และ
- 3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว และการดูแลทั้งสามกลุ่มต้องโดยความร่วมมือของ ภาครัฐสภาพ ภาควิชาสังคม/ท้องถิ่น และภาคประชาชน



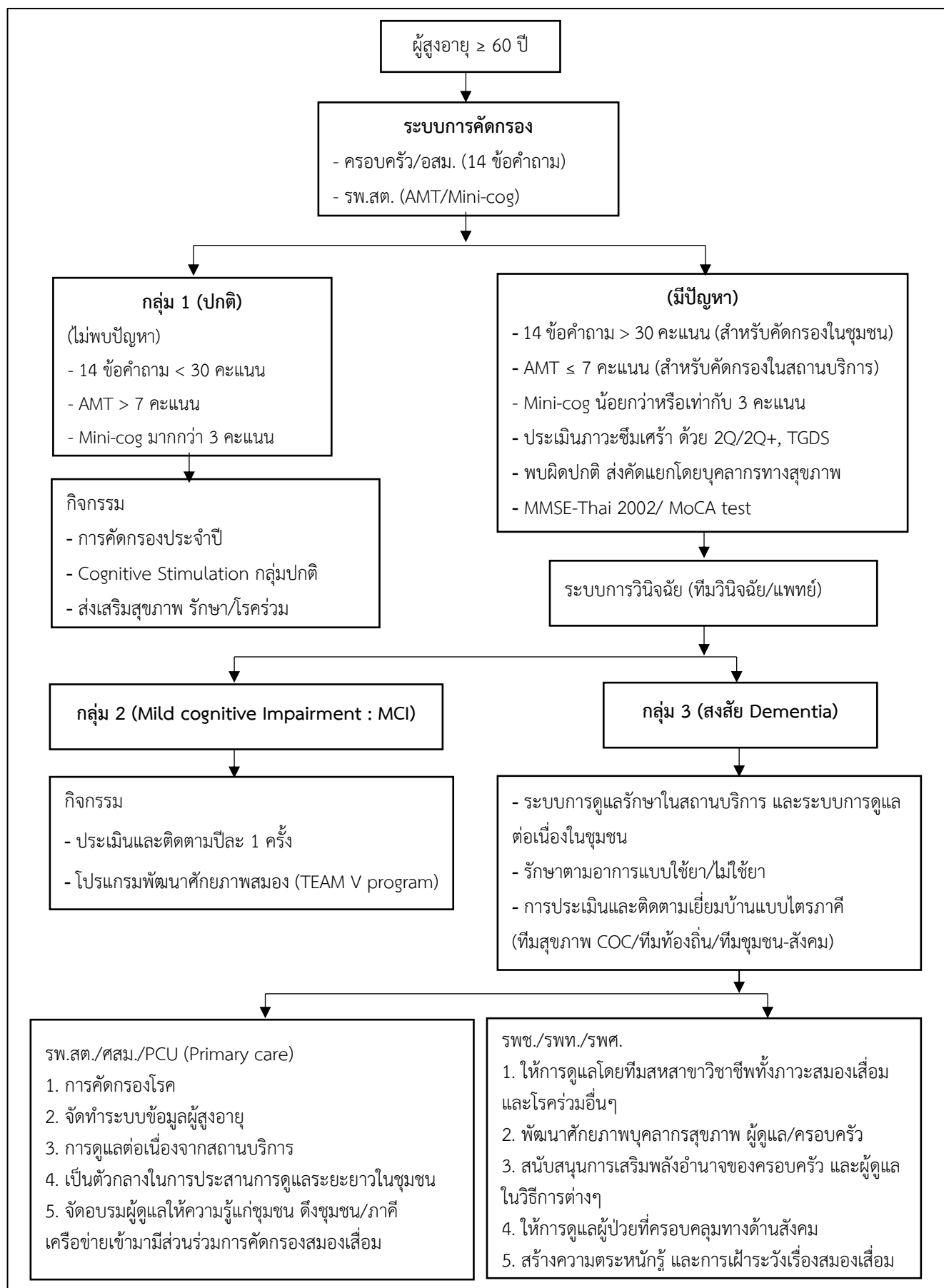
ภาพที่ 3 กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ผังไหล การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)

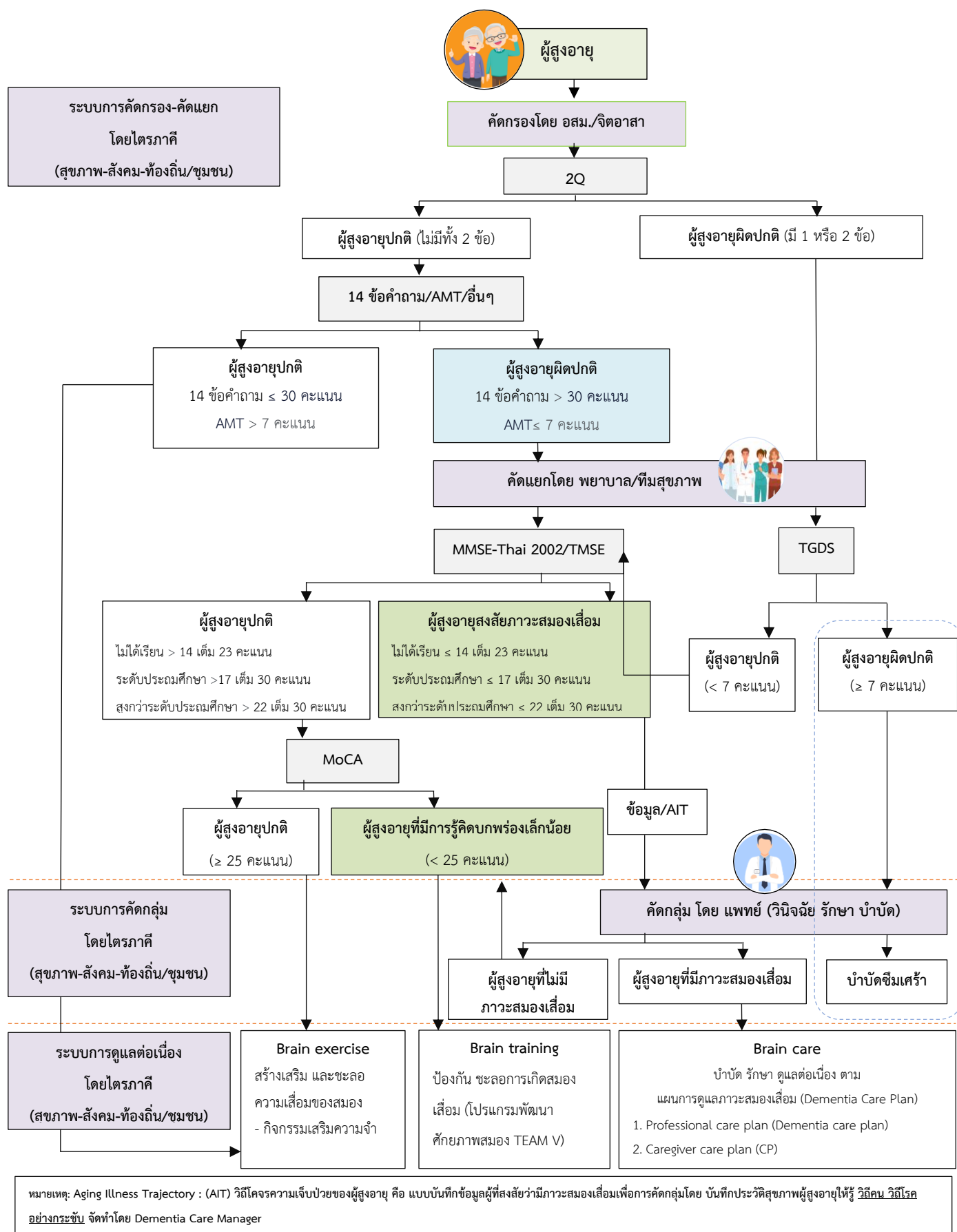
การพัฒนากระบวนการบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม และการจะนำไปใช้ในพื้นที่ ต้อง ทบทวนบริบทและความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ โดยพิจารณาทั้งบริบทที่จะดำเนินการ ต้นทุนทั้งต้นทุนระบบที่มีอยู่ ต้นทุนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆ เมื่อการวิเคราะห์ สถานการณ์และต้นทุนตกลึก และประมวลแนวคิดหลักของการพัฒนาตามแนวทางที่มีอยู่ จะทำให้พื้นที่ได้ แนวคิดและแนวทางในการดำเนินงานระดับพื้นที่ตนเอง และแนวคิดและแนวทางนี้จะถูกถ่ายทอดออกมาเป็น แนวทางและผังการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนการดำเนินการที่ต้องร่วมกันทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น และ ชุมชน (ภาคประชาชน) ขั้นตอนเริ่มดำเนินการจนสิ้นสุดกระบวนการ และระยะที่จะดำเนินการจะช่วยให้การ สร้างระบบของพื้นที่มีความชัดเจน ทั้งการแสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องการจัดการด้านอัตรา กำลังคนผู้รับผิดชอบในระดับต่างๆ การจัดการงบประมาณ และขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่จะนำไปสู่ เป้าหมายโดยเมื่อได้แนวทางและผังการดำเนินงาน ต้องเผยแพร่ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจ เพื่อความตระหนักในบทบาทและความร่วมมือกัน นอกจากเป็นเสมือนเส้นทางการดำเนินงานแล้ว ยังช่วยใน การปักหมุดหมายการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ด้วย ในที่นี้จะนำเสนอตัวอย่าง **การจัดการ การดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเชื่อมการดูแลระดับปฐมภูมิอย่างไร้รอยต่อ** ได้นำเสนอไว้ ระยะก่อนเริ่ม พัฒนาระบบและการพัฒนาระบบของพื้นที่^[11,12] ดังนี้



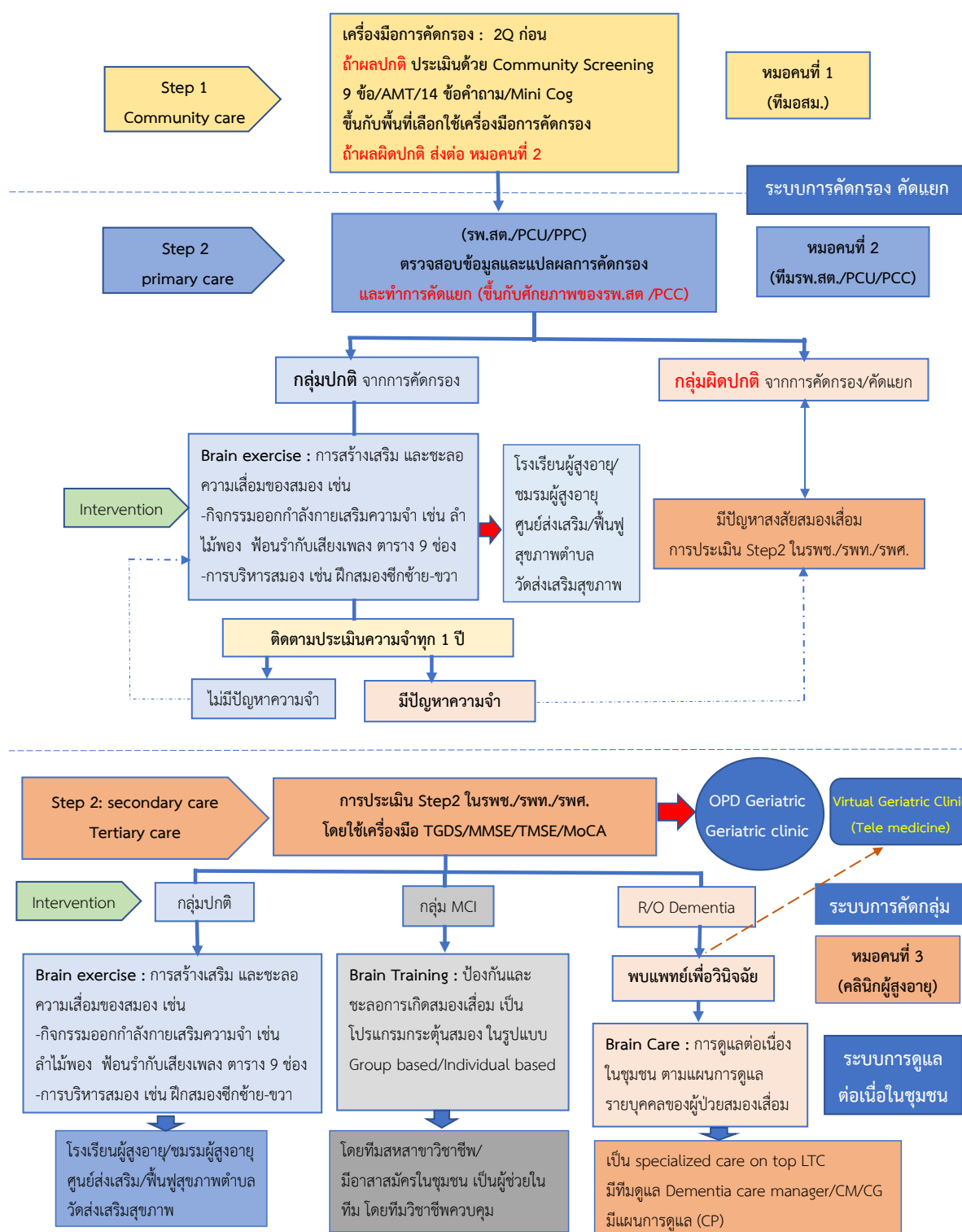
ภาพที่ 4 แนวทางการดูแล กลุ่มภาวะสมองเสื่อม บริบทของประเทศไทยที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม



ภาพที่ 5 แผนผังการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive dementia care)



ภาพที่ 6 ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



ภาพที่ 7 ผังไหล ความเชื่อมโยงระบบปฐภูมิ คลินิกผู้สูงอายุ และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system)

ส่วนที่ 2

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

ภาวะสมองเสื่อม^[13]

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5^[1] คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง (Major neurocognitive disorder) ในด้านปริชาณปัญญา (cognition) 6 ด้าน อันได้แก่ การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การบริหารจัดการ (executive function) การใช้ภาษา (language) การใส่ใจเชิงซ้อน (attention) การรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ (visuo-perceptual ability) และการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม^[2] ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียน มีอัตราความชุก ของภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป^[3] ถ้าคำนวณตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมถึง 542,300 คน ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

ภาวะปริชาณปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) คือ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านปริชาณปัญญา (cognition) ร่วมกับตรวจทาง cognitive function แล้วพบว่าบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน เหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาระดับเท่ากัน^[4]

การจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม^[14]

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต หรือ Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) คือ อาการของความผิดปกติด้าน การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็นอาการหลัก 2 ด้าน ดังนี้

1. อาการด้านพฤติกรรม ซึ่งสามารถสังเกตจากการแสดงออกของผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางสังคม ความก้าวร้าวที่แสดงออกทางร่างกาย ร้องเสียงดัง อยู่นิ่งไม่ได้ กระวนกระวาย ตื่นตระหนก เดินไปมา สะสมสิ่งของที่จำเป็น
2. อาการทางด้านจิตใจ ซึ่งการประเมินจะได้ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล ได้แก่ อาการด้านอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และอาการด้านความผิดปกติทางจิต คือ หลงผิด (delusion) การรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ (hallucination) เช่น ภาพหลอน หูแว่ว เป็นต้น

ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล หรือญาติ การดูแลรักษาภาวะนี้จะช่วยให้ลดความทุกข์ใจของครอบครัวได้ มีงานวิจัยเก็บข้อมูลพบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตมากกว่าร้อยละ 97 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุ และชุมชน โดยมีงานวิจัยหนึ่งที่เก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งและติดตามต่อไปอีก 5 ปี จากการประเมินด้วยแบบประเมิน neuropsychiatric inventory (NPI) ได้ผลดังนี้

อาการ	ความชุกในช่วงเวลาตั้งต้นเก็บ ข้อมูล (ร้อยละ)	ความชุกหลังติดตามต่อไปอีก 5 ปี (ร้อยละ)
หลงผิด	18	60
การรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ	10	38
กระวนกระวาย/ก้าวร้าว	14	45
ซึมเศร้า	29	77
ความเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy)	20	71
ภาวะเคลิ้มสุข (euphoria)	1	6
วิตกกังวล	14	62
ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition)	7	31
หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	20	57
พฤติกรรมทำอะไรแปลก ๆ (aberrant motor behavior)	7	52
มีอาการใดอาการหนึ่ง (any symptom)	56	97

การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตามการจัดการการดูแลสุขภาพพระดัต
ปฐมภูมิ^[15]

ภายใต้ การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขด้วย “ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง” ทำให้เกิด ความ
เหลื่อมล้ำของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเขตเมือง จะมองประเด็น “การเข้าถึง” บริการสุขภาพ ส่วนใน
เขตชนบท จะมองในประเด็น “ศักยภาพ” การให้บริการ

ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ พบว่า 1) รูปแบบการดูแลปฐมภูมิขาดทีมสหสาขา
วิชาชีพที่เป็นเจ้าภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน 2) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพทุกระดับขาดความ
เชื่อมโยงทั้งผู้รับและให้บริการ 3) รูปแบบกลไกการเงินไม่เอื้อต่อการจัดบริการปฐมภูมิสิทธิสวัสดิการไม่เท่าเทียม
งบประมาณไม่เพียงพอ และ 4) ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

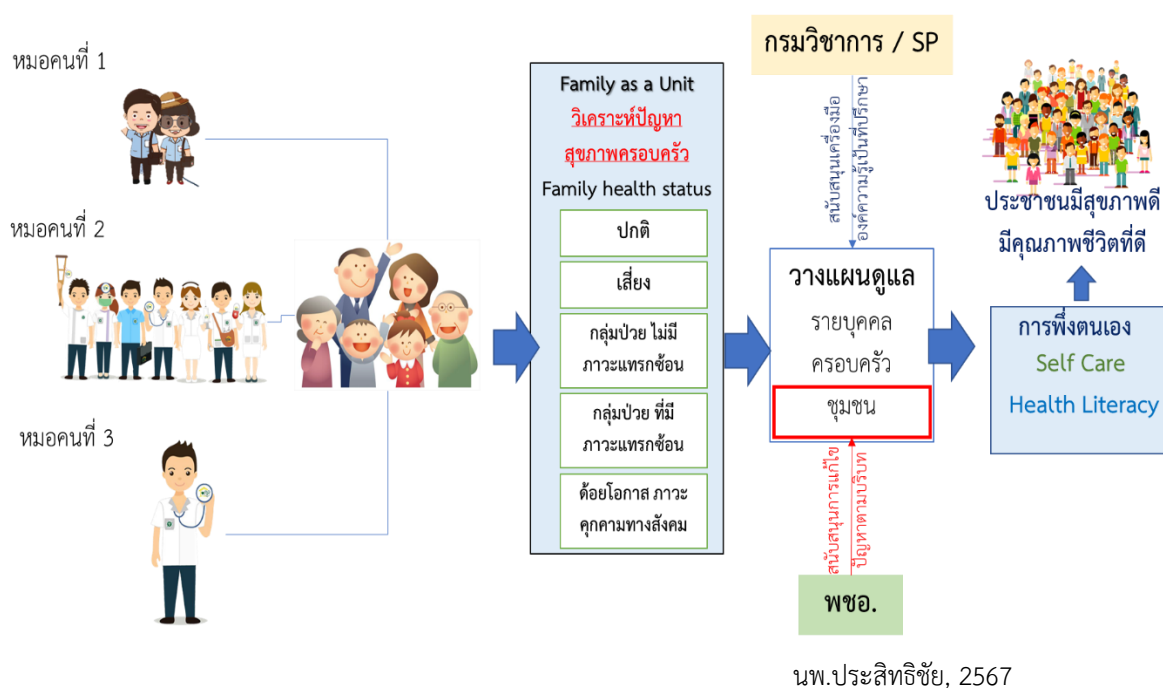
จึงเป็นที่มาของการพัฒนาการดำเนินงานในระบบการบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ พรบ. ระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ 2562 ดังภาพ

การบูรณาการการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ



ภาพที่ 8 การบูรณาการการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ

แนวทางจัดการและดำเนินงานปฐมภูมิเชื่อมโยงกันของ 3 หมอ กับ กรม / Services Plan

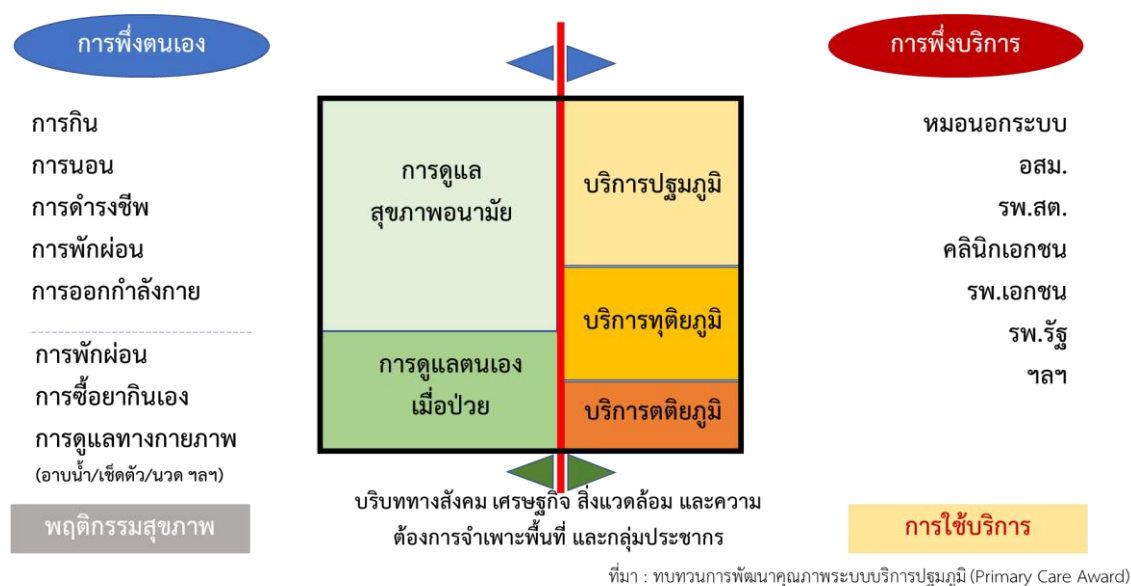


ภาพที่ 9 แนวทางจัดการและดำเนินงานงานปฐมภูมิของ 3 หมอ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการดำเนินงานสำคัญที่พึงประสงค์

1. ความสัมพันธ์ใหม่ที่ร่วมทำงานเป็นทีม : รู้จัก รู้ใจ เข้าถึง พึ่งได้ (Good Relationship & Trust)
2. ประชาชนดูแลตนเองด้านสุขภาพพื้นฐานได้เหมาะสมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Self care & Health Literacy) : ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการเท่าทันต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
3. ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่พอดีมีคุณค่า: พอดีคน พอดีโรค (Personalized and Value based health care) มีการจัดการดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะให้มีความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่มีความสำคัญในพื้นที่ (population health) และมีการจัดบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ (continuity and coordination)
4. ชุมชนร่วมจัดการสุขภาพ (community health system management) : ชุมชนมีบทบาทและมีส่วนร่วมคิด ร่วมออกแบบในการจัดการสุขภาพในชุมชนตนเอง

แนวทางการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ในหลักการ ดุลยของการพึ่งตนเอง และพึ่งบริการ



นพ.ประสิทธิ์ชัย, 2567

ภาพที่ 10 แนวทางการจัดการในระดับปฐมภูมิ ตามหลักดุลยของการพึ่งตนเอง และพึ่งบริการ

คำนิยามในระบบสุขภาพปฐมภูมิ^[16] ประกอบด้วย

1) **บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะ

ผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

2) **ระบบสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า

1. สถานบริการที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานของรัฐ และสภาวิชาชีพ
2. สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้านสถานพยาบาล
3. หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

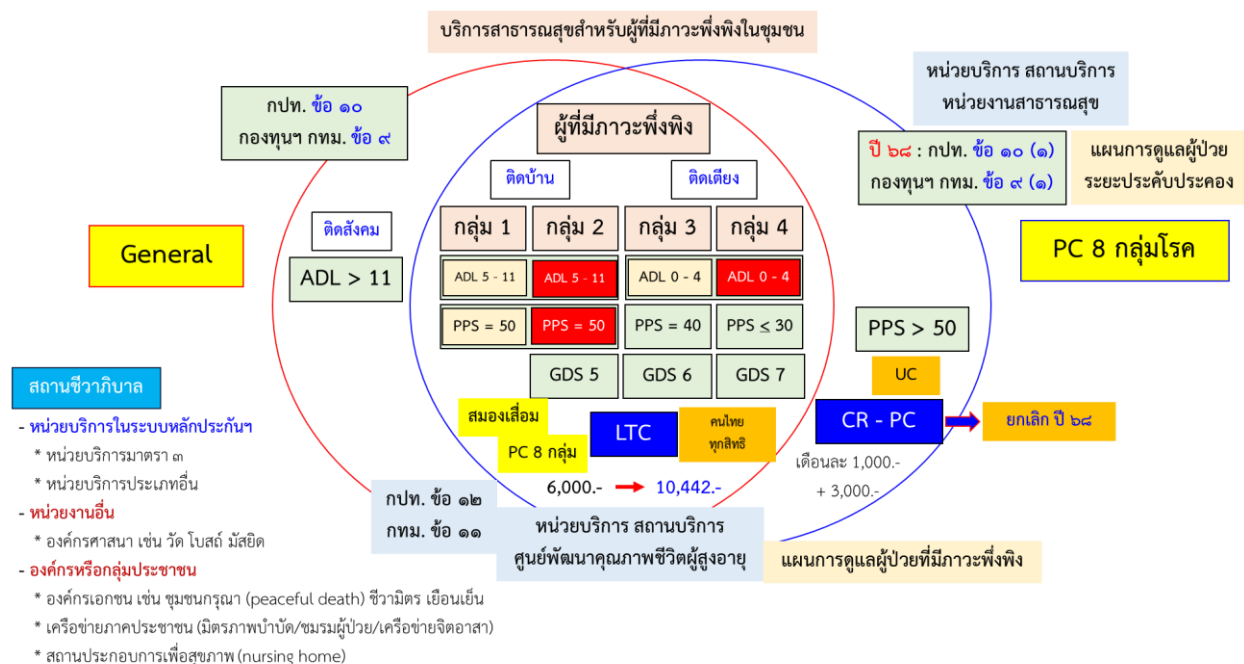
ตารางที่ 1 แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ			
	รพ.สต.	ศสม./ PCU	รพช.	รพท./รพศ.
Primary care				
Screening dementia	✓	✓	✓	-
Patient to confirm diagnosis	✓	✓	✓	✓
Treatment and Intervention	✓	✓	✓	✓
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน: การวางแผน CP	รายบุคคล/ รายกลุ่ม	รายบุคคล/ รายกลุ่ม	COC ร่วมกับ สหวิชาชีพ	COC ร่วมกับ สหวิชาชีพ
Secondary care				
การทำ CP ร่วมกันทีม รพท./รพศ. ในการดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication) เช่น หกล้ม ประสิทธิภาพ ปัญหาติดเตียง ผู้ดูแล มีความกังวล เครียด	+/-	คลินิกผู้สูงอายุ รายบุคคล/ รายกลุ่ม	คลินิกผู้สูงอายุ รายบุคคล/ รายกลุ่ม	คลินิกผู้สูงอายุ รายบุคคล/ ภาพรวม
ระบบ Networking of geriatric care/Psychiatric care	✓	✓	✓	✓
ระบบ Consultation	✓	✓	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ	-	-	✓	

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ			
	รพ.สต.	ศสม./ PCU	รพช.	รพท./รพศ.
ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณี ยุ่งยากซับซ้อน (รับส่งผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ) (กรณี BPSD)	-	-	✓	✓
Tertiary care				
ระบบการวินิจฉัย : คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ/คลินิก NCD เพื่อวินิจฉัยสมองเสื่อม	-	✓	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ	-			✓
ระบบ Consultation ร่วมดูแลรักษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อน	-	✓	✓	✓
ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาจากทีม Tertiary dementia care manager team	-	+/- (มีการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ)	✓	✓
Specialized cares/long term care				
Day care/Day Hospital	✓	✓	+/-	+/-
Day center	✓	✓	+/-	+/-
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓	+/-	+/-

แนวทางการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง^[17]

จากนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อเนื่องมาถึง ปี พ.ศ. 2567 สปสช. ได้จัดการและดูแลบริการสาธารณสุขตามแนวทางจัดการการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว โดยมุ่งเป้าในประชากรในประเทศไทยทุกคนที่มีภาวะพึ่งพิง และนำสู่การขยายการจัดบริการในระยะการดูแลระยะในชุมชนในทุกกลุ่มวัยที่มารับบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) ภาวะพึ่งพิง (คะแนนการทำกิจวัตรประจำที่บกพร่องกว่ามาตรฐาน) 2) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (ระยะโรค ในระยะที่ 5) และ 3) กลุ่มระยะท้ายให้เข้าถึงการบริการสาธารณสุขในชุมชนมากขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 11



ภาพที่ 11 การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ในการจัดการและดูแลกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมการจัดทำแผนการดูแลเป็นส่วนสำคัญ ทางสปสช. ได้วางแนวทางการจัดบริการแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) สำหรับที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีภาวะสมองเสื่อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาวะ สมองเสื่อม	Global Deterioration Scale (GDS)		Functional Assessment Staging Test (FAST)	
	ระยะโรค	อาการและอาการแสดง	สภาพผู้ป่วย	ระดับการทรุดลงของการทำหน้าที่
ไม่มี	ไม่มีปรีชานทรุดลง	บุคคลทำงานได้อย่างปกติ ไม่มีความจำบกพร่อง สมองและจิตใจ สุขภาพแข็งแรง	ผู้ใหญ่ปกติ	ไม่มีการทรุดลงของการทำหน้าที่
ไม่มี	ปรีชานทรุดลง ไม่รุนแรงอย่างมาก	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยที่พบในคนสูงวัยปกติทั่วไป ตัวอย่าง เช่น ลืมชื่อคน วางของไว้แล้วจำไม่ได้ว่าอยู่ที่ไหน แพทย์และญาติใกล้ชิด ไม่คิดว่าปรีชานทรุดลงของสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุ ปกติ	บุคคลจะตระหนักถึง การทำหน้าที่ที่ทรุดลงแล้วแต่ก่อนบ้าง
ไม่มี	ระยะที่ ๓ : ปรีชานทรุดลง ไม่รุนแรง	เริ่มมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น เริ่มมีสมาธิลำบากขึ้น สรรถะการทำงานลดลง อาจมีอาการตามคำพูดในวงสนทนาไม่ทัน มีปัญหาหาคำพูดไม่ได้หรือคำพูดไม่ถูกต้อง คนใกล้ชิดสังเกตเห็นความผิดปกติว่าส่งผลกระทบต่อปรีชานทรุดลง	ภาวะปรีชาน บกพร่อง ไม่รุนแรง	การทำหน้าที่เชิงวัตถุที่ยังบกพร่อง เฉพาะที่เกี่ยวข้องภารกิจที่ซับซ้อน
ระยะ ต้น	ระยะที่ ๔ : ปรีชานทรุดลง ปานกลาง	มีสมาธิลำบากมากขึ้น เริ่มหรือเห็นเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เกิดความผิดพลาดในการจัดการการเงิน มีความยุ่งยากเมื่อจะเดินทางไปสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย มีปัญหาในการดำเนินงานที่ซับซ้อน จะทำได้ ไม่มีประสิทธิภาพ เริ่มมีปัญหาในการอยู่ร่วมชุมชนทางสังคมจึงทำให้ออกห่างจากเพื่อนและครอบครัว แพทย์สามารถตรวจพบปัญหาของปรีชานบกพร่องด้วยการสัมภาษณ์ ตรวจประเมินทางคลินิกได้	สมองเสื่อม ระยะ ไม่รุนแรง	การประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงบกพร่องหรือ ทำไม่ได้ เช่น จำค่าบริการเองไม่ได้ ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้านเรือน เดินทาง วางแผนการทำงาน เป็นต้น
ระยะ กลาง	ระยะที่ ๕ : ปรีชานทรุดลง ปานกลาง	มีปัญหาความจำบกพร่องเป็นหลัก การประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ ทำอาหาร สามารถทำได้ แต่ ต้องมีการเกื้อกูลหรือช่วยเหลือ ปัญหาหลงลืมสังเกตเห็นได้เด่นชัด และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปัจจุบัน มักจำบ้านเลขที่ที่อยู่ไม่ได้จำเบอร์โทรศัพท์ตัวเองไม่ได้ ไม่รู้ว่ตนเองอยู่ที่ไหนในขณะนั้น ไม่รู้วันเดือนปี	สมองเสื่อม ระยะ ปานกลาง	ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เลือกเสื้อผ้าแต่งตัว ที่เหมาะสม
ระยะ กลาง	ระยะที่ ๖ : ปรีชานทรุดลง รุนแรง	ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องการการเกื้อกูลหรือช่วยเหลืออย่างมาก ในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน สิ่งของคนใกล้ชิดหรือชื่อญาติใกล้ชิด จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ แต่ยังจำรายละเอียดของชีวิต วัยกลางคนและวัยเยาว์ได้เมื่อได้รับเลขของหลังจาก 10 ปี 1 จะทำไม่ได้ เริ่มมีอาการกลั่นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ ทักษะการพูดทรุดลง บุคลิกและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจมีอาการคิดผิดหลวมตัว (delusion) มีการย้ำทำ (compulsion) เช่น มีพฤติกรรมซ้ำๆ มีอาการวิตกกังวล (anxiety) มีภาวะกายใจไม่สงบ (agitation)	สมองเสื่อม ระยะ รุนแรง ปานกลาง	ต้องช่วยเหลือ เมื่อแต่งตัว (6a) ต้องช่วยเหลือ เมื่ออาบน้ำ (6b) ต้องช่วยเหลือ เมื่อจะเข้าห้องน้ำ (6c) กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (6d) กลั่นอุจจาระไม่ได้ (6e)
ระยะ ช่วงปลาย	ระยะที่ ๗ : ปรีชานทรุดลง รุนแรงอย่างมาก	ไม่สามารถพูดสื่อสารได้ ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรทุกอย่าง เช่น เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร สูญเสียทักษะด้านจิตประสาทสั่งการ (psychomotor skills) เช่น ไม่สามารถเดินได้	สมองเสื่อม ระยะ รุนแรง	ทักษะการพูดทรุดลงชัดเจน สามารถพูดได้ 5-6 คำต่อ วัน (7a) สามารถพูดได้เป็นคำที่ชัดเจนเพียงวันละคำ (7b) ไม่สามารถเดินได้ (7c) ไม่สามารถกลืนได้ (7d) ไม่สามารถอึได้ (7e) ไม่สามารถยกศีรษะขึ้นได้ (7f)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system) ภายใต้การจัดบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care)^[18]

แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีดังนี้

1. การค้นหาและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่เริ่มต้นหรือในระยะแรกของโรค จะให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุด
2. การกระตุ้นสมองในรูปแบบต่างๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม และในผู้ที่มีปัญหาเล็กน้อยสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้
3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาวะของทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดอายุขัย
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบริบทประเทศไทยนั้น **ครอบครัวยังคงเป็นหลักในการดูแล** แต่ต้องมีโดยการสนับสนุนจากภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง
5. ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแล ต้องได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม

รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ ดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **ครบวงจร** คือ **มีระบบการคัดกรองคัดแยก** เพื่อคัดกรองคัดแยกผู้ปกติและผู้ผิดปกติ เพื่อให้การดูแลป้องกัน และชะลอการเกิด **มีระบบการวินิจฉัยรักษา** แต่เริ่มต้นและต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์ และ**มีการดูแลต่อเนื่อง** เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและอย่างมีระบบ
2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ** (Seamless) ในการดำเนินการในระบบย่อยที่มีอยู่
3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **มีช่องทาง**ให้ประชาชน**เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Access) และ ครอบคลุม (Coverage)** ประชากรกลุ่มเสี่ยงในที่นี่หมายถึงผู้สูงอายุ
4. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **เป็นความร่วมมือ**ของทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น ชุมชน และสังคม ที่ต้องบูรณาการการทำงานของทีม ทรัพยากร ตลอดจนแหล่งประโยชน์ เพื่อร่วมให้บริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งมิติกาย สังคม สิ่งแวดล้อม
5. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **เป็นการบูรณาการการทำงาน ความร่วมมือและแหล่งประโยชน์** ในทุกระดับของสถานบริการ คือทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร^[12]

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก

คัดกรอง ดำเนินการในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (หมอคนที 1) ที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนการใช้แบบคัดกรอง

คัดแยก ดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ หรือ OPD หรือ รพ.สต. โดยพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการ สาธารณสุข/แพทย์แผนไทย/สหสาขาวิชาชีพ (หมอกคนที่ 2) ผ่านการอบรมและฝึกฝนการใช้เครื่องมือ เมื่อพบ ปัญหาหรือแบบประเมินผิดปกติ ส่งต่อ/หรือส่งปรึกษา ตาม care pass way/ flow management ของสถาน บริการสุขภาพนั้น ๆ

ขั้นตอนการดำเนินการคัดกรอง

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน/caregiver	ภาคีสัมพันธ์/ท้องถิ่น/ ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้แบบ ประเมินในการคัดกรอง และวิธีการ ประเมิน ○ จัดทำผังการดำเนินงาน ○ จัดเตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ ให้เป็นปัจจุบัน โดยตัดผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมเดิม ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวช ออก ○ จัดเตรียมแบบประเมิน ○ กำหนดรูปแบบการคัดกรอง เช่น คัดกรองแบบลงแขก หรือแบบอิสระ ○ กำหนดจำนวนผู้สูงอายุตาม เป้าหมาย ในการประเมินโดยให้ครอบคลุม ผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยและกลุ่ม ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน ○ คัดแยกผู้สูงอายุที่มีความจำกัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพประเมิน ○ มอบหมายพื้นที่/ ผู้สูงอายุ ให้อสม. รับผิดชอบประเมิน โดยจัดทำเป็น เอกสารมีชื่อผู้รับผิดชอบชัดเจน ○ มอบหมายให้ทีมรับผิดชอบประเมิน ผู้สูงอายุที่มีความจำกัด ○ กำหนดวันที่ดำเนินการและส่ง แบบประเมิน ○ กำหนดวันส่งผลลัพธ์การคัดกรอง ○ จัดทำทะเบียนรายชื่อการคัดกรอง ที่เป็นปัจจุบัน	○ เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ ทำ ความเข้าใจวิธีการประเมิน และการใช้แบบประเมิน ○ ชักซ้อมการใช้แบบประเมิน ○ รับเอกสารรายชื่อผู้สูงอายุที่ ได้รับมอบหมายและแบบ ประเมิน ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน และนัดหมายผู้สูงอายุและ ญาติ	○ ประชาสัมพันธ์ การดำเนินงาน ○ อำนวยความสะดวกด้าน สถานที่ การ เดินทางและ อาหารเครื่องดื่ม ○ ร่วมสนับสนุน งบประมาณ การดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	○ ติดตามการดำเนินงานและให้ คำปรึกษา	○ ประเมินผู้สูงอายุ/ ญาติที่ตาม ได้รับมอบหมาย	

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน/caregiver	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ ชุมชน
		(แบบประเมิน 2Q และ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม หรือแบบประเมินที่พื้นที่ กำหนดไว้) ○ ตรวจสอบความถูกต้อง ของแบบประเมิน ○ ตรวจสอบความครบถ้วน ตามรายชื่อผู้สูงอายุ ที่ได้รับมอบหมาย ○ ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา ○ รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถประเมินได้ พร้อมทั้งเหตุผล ○ ส่งแบบประเมินตามกำหนด	
ขั้นประเมินผล	○ ตรวจสอบความครบถ้วนและความ ถูกต้องของแบบประเมิน ○ บันทึกข้อมูลในแบบประเมินผล ○ สรุปประเมินผล การประเมินผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และพื้นที่ 1) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการ คัดกรอง 2) จำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ตามแบบประเมินที่สถานบริการ หรือหน่วยงานเลือกใช้ (ผลคะแนน อยู่ในเกณฑ์) 3) จำนวนผู้สูงอายุที่อาจมีความจำ ผิดปกติ (คะแนนตามแบบประเมิน ไม่อยู่ในเกณฑ์) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ ต้องเข้ารับการคัดแยก) 4) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ต้องประเมิน ระบุ เหตุผล เช่น กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ○ มอบหมาย อสม. ติดตามประเมิน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม และกำหนดระยะเวลา	○ ติดตามประเมินผู้สูงอายุ กลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ○ ส่งแบบประเมินตามกำหนด	

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน/caregiver	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ ชุมชน
	○ จัดทำทะเบียนรายชื่อและข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก ○ สรุปผลลัพธ์การดำเนินการ		

ขั้นตอนการดำเนินงานคัดแยก

การคัดแยกเป็นบทบาทของระดับวิชาชีพ สามารถดำเนินการได้ในระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยผู้ประเมินจะต้องได้รับการฝึกฝน เพื่อให้การประเมินแม่นยำตรง และสามารถดำเนินการตามปฏิทินชุมชนที่กำหนดในระดับพื้นที่ ในเวลาที่เหมาะสมและเชื่อมต่อกับระบบคัดกลุ่มเพื่อวินิจฉัยบำบัดรักษาในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ได้

ซึ่งการให้บริการผู้รับผิดชอบหลักจะอยู่ที่ภาคสุขภาพ แต่สามารถประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้ในระดับปฐมภูมิ สามารถส่งต่อมารับบริการในระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ เพื่อประสิทธิผลของการให้บริการทั้งด้านทรัพยากรและด้านกำลังคน ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./ เทศบาล ได้กำหนดขั้นตอนรายละเอียด ดังนี้

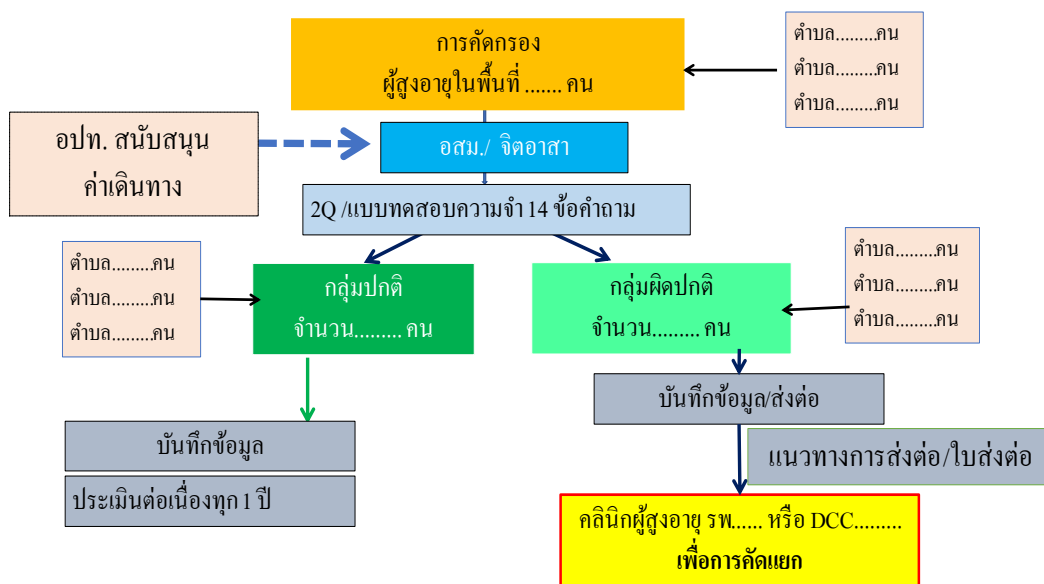
ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ รพ.สต. / PCU/ ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ รับต่อผลลัพธ์การคัดกรอง ○ กำหนดรูปแบบการคัดแยก ○ วางแผนทำการคัดแยก และประสานความร่วมมือ ○ กำหนดวันเตรียมความพร้อมและวันที่จะทำการคัดแยก (จำนวนผู้ทำการคัดแยก และจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก สถานที่ที่ต้องไปคัดแยก) ○ จัดตารางวันเวลารายชื่อผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก แบบเชิงรุกเชิงรับ ○ ประสานสถานที่ ที่จะทำการคัดแยก หรือ แยกทำในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ○ จัดทำตารางการรับ-ส่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก และประสานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่	○ เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมเป็นผู้นำการคัดแยก (การใช้แบบประเมินวิธีการประเมินการบันทึก และการแปลผล รวมทั้งทำความเข้าใจในกระบวนการในวันที่จะดำเนินการคัดแยก)	○ เข้าร่วมการคัดแยก (เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมและร่วมการคัดแยก) ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ○ ประสานกับ DCM ในการรับส่งผู้สูงอายุมารับการคัดแยก ○ อำนวยความสะดวกเรื่องอาหารเครื่องดื่ม ○ ร่วมสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ รพ.สต. / PCU/ ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
	○ ประสานทีมสหวิชาชีพและทีมสังคม เพื่อจัดการคัดแยก ○ เตรียมความพร้อมผู้ดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบประเมิน วิธีการประเมิน การบันทึก และการแปลผล รวมทั้งกระบวนการในวันดำเนินการคัดแยก) ○ จัดตารางการดำเนินการคัดแยก และผู้รับผิดชอบ ○ จัดเตรียมแบบประเมิน		
ขั้นตอนดำเนินการ	○ ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก ○ มอบหมายผู้สูงอายุให้กับผู้ทำการคัดแยก ○ เป็นที่ปรึกษาในการคัดแยก ○ ร่วมทำการคัดแยก ○ ตรวจสอบผลการคัดแยก อธิบายผล และให้ข้อมูลการดูแล (ให้ข้อมูลเพิ่มเติม/ นัดหมายกรณีผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม	○ ทำการคัดแยก ตามวัน เวลา ที่มอบหมาย ○ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และระดับผล ○ ส่งแบบประเมินให้ DCM เพื่อดำเนินการต่อไป	
ขั้นประมวลผล	○ บันทึกข้อมูลในแบบประมวลผล ○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยกทั้งหมด ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ○ สรุปรายชื่อผู้สูงอายุที่ไม่สามารถคัดแยกได้ในวันที่กำหนด และมอบหมายให้ติดตามดำเนินการคัดแยก เช่น กรณีที่ไม่อยู่ในพื้นที่ ในวันคัดแยก ○ จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ให้เป็นปัจจุบัน (จำนวนจะเพิ่มขึ้น จากผู้ที่คัดแยกแล้วปกติ)	○ ร่วมติดตามประเมินผู้สูงอายุที่ต้องติดตามดำเนินการคัดแยก	

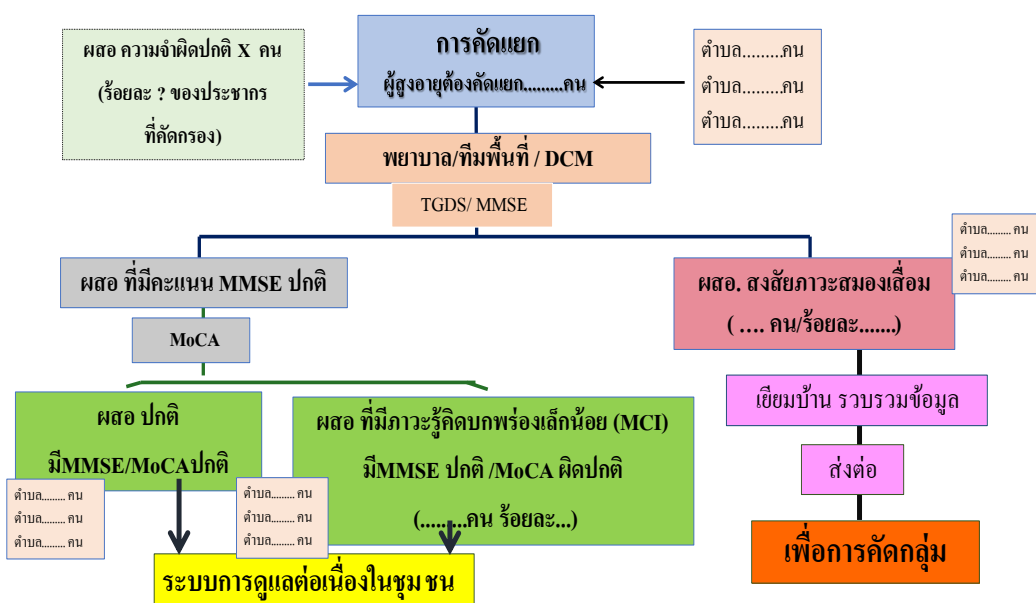
ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ รพ.สต. / PCU/ ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
	○ ส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่ปกติ (ทั้งหมด) ให้เป็นตัวแทนเข้าในระบบย่อย 3 การดูแลต่อเนื่อง เพื่อประสานงาน ให้ได้รับการดูแลโดยการทำ brain exercise ○ จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูลผลการคัดแยกครบถ้วน ○ ส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้เป็นตัวแทนเข้าในระบบย่อย 3 การดูแลต่อเนื่อง เพื่อ ประสานงาน ให้ได้รับการดูแล โดยการ brain training ○ จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูลผลการคัดแยกครบถ้วน ○ วางแผน มอบหมาย และให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพทางกายและสมอง รวมทั้งข้อมูลสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ○ ส่งรายชื่อและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นการนำเข้าสู่ระบบย่อยที่ 2 การคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา ○ ประมวลผลการคัดแยก ○ ประสานการคัดกลุ่มกับผู้รับผิดชอบ		

ผังไหลการคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรอง



การคัดแยก



2. ระบบคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยและบำบัดรักษา

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเป็น clinical diagnosis แพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในระบบย่อยนี้ ตามมาตรฐานการรักษา โดยผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการฝึกอบรมการวินิจฉัยและดูแลภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการวินิจฉัยจะดำเนินการได้ในโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญ แต่โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็น

เครือข่ายของ รพ.สต. ต่างๆ มีบทบาทและหน้าที่ในการวินิจฉัย และการประสานงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ต้องส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ/ แพทย์เฉพาะทาง ในสถานบริการที่ระดับสูงกว่า

การคัดกลุ่ม ส่วนใหญ่การดำเนินงานจะใช้ระบบการส่งต่อกันในงานต่างระดับบริการ (ในกรณีอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน) หรือ สถานบริการระดับสูงกว่า ฉะนั้นจึงต้องการการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ ผู้ที่จะประสานงานการรับและส่งต่อ อาจจะเป็น DCM หรือพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ประสานการส่งต่อ พร้อมข้อมูลไปที่พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ รับข้อมูลผู้สูงอายุที่จะทำการวินิจฉัย จัดลำดับการวินิจฉัย ประสานงานแพทย์ จัดเตรียม OPD card ผลตรวจต่างๆ รวมทั้งข้อมูลของผู้สูงอายุที่รับมาจากขั้นตอนการคัดแยก และ/หรือ อาจจะต้องเข้าร่วมการวินิจฉัย สรุปผลการวินิจฉัยการบำบัดรักษาส่งต่อคืน DCM ในระดับปฐมภูมิ (เจ้าของไข้ หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อมาด้วย) นอกจากนี้ยังอาจจะต้องทำหน้าที่บันทึกการวินิจฉัย ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการจัดทำฐานข้อมูลของระบบการดูแลด้วย

วัตถุประสงค์การคัดกลุ่ม คือ การตัดสินใจผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (จากแบบประเมินการคัดแยก) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ กรณีมีภาวะสมองเสื่อม ต้องวินิจฉัยว่ารักษาได้หรือไม่ ต้องส่งตรวจ/ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาหรือไม่ เป็นโรคอะไร ระยะใดและมีแผนการรักษาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร (ส่วนที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจะให้การบำบัดรักษาตามปัญหา)

กลุ่มเป้าหมายการคัดกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมทุกคนที่ได้จากการคัดแยก

ขั้นตอนการดำเนินงานคัดกลุ่ม

1. แบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ/ แพทย์เฉพาะทาง คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการวินิจฉัยผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล กระบวนการเริ่มที่ DCM พื้นที่ (ระดับปฐมภูมิ) ส่งต่อ และประสานข้อมูล รายชื่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเข้ามารับการวินิจฉัย โดยต้องมีผู้ประสานงานเพื่อรับข้อมูล และจัดให้มีการวินิจฉัย หรือ DCC (Dementia coordinator) ซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ หรือ DCM ที่อยู่ในระบบโรงพยาบาลที่แพทย์นั้นประจำ โดย DCC จะเป็นผู้ประสานให้เกิดการวินิจฉัยตามบริบทของพื้นที่ และรับผิดชอบส่งกลับผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาให้ DCM เจ้าของไข้ด้วย

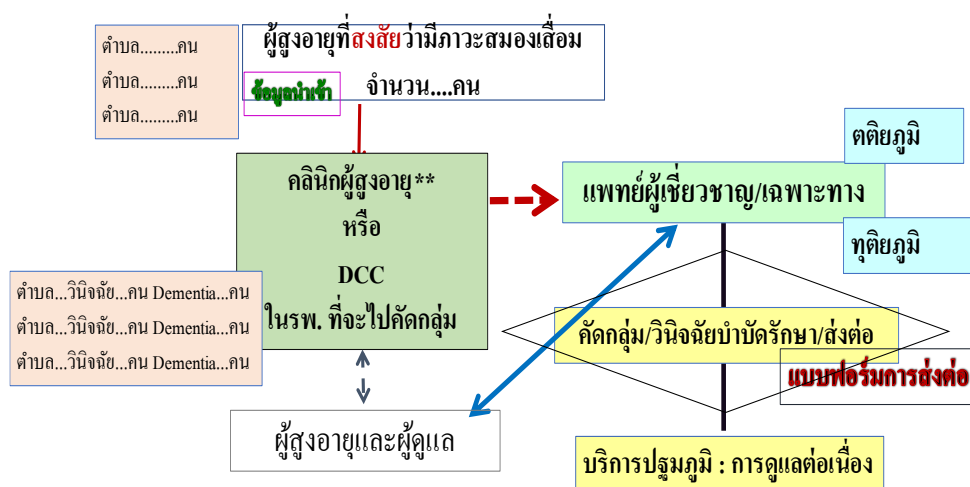
ขั้นตอนการดำเนินงานคัดกลุ่มแบบดั้งเดิม

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	DCC หรือ DCM ที่เป็น ผู้ประสานงาน/ พยาบาลประจำ คลินิกผู้สูงอายุ/ ทีมCOC	แพทย์/ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
ขั้นเตรียมการ	○ ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุ หรือแบบบันทึก AIT ○ เตรียมรายชื่อและแบบบันทึกส่งให้ DCC	○ ลงทะเบียนผู้สูงอายุ ○ ประสาน อสม. นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ เพื่อการเยี่ยมบ้าน	

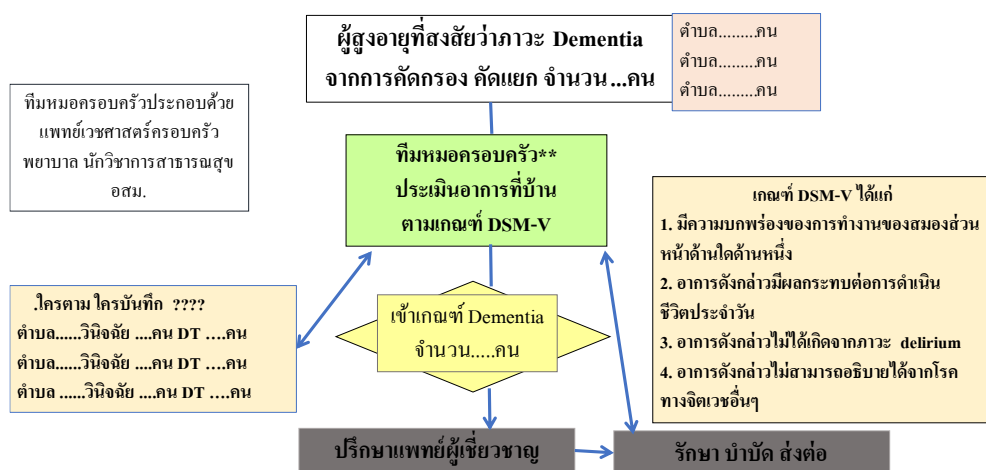
ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	DCC หรือ DCM ที่เป็น ผู้ประสานงาน/ พยาบาลประจำ คลินิกผู้สูงอายุ/ ทีมCOC	แพทย์/ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
	เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการ วินิจฉัย ○ นัดหมายผู้สูงอายุและญาติตาม วันเวลาที่นัดหมายและ ประสานการเดินทาง		
ขั้นตอนการ	○ นำข้อมูลแบบประเมินเสนอใน แฟ้มประวัติ ให้กับแพทย์ ประจำคลินิก ○ รวบรวมแผนการรักษา และ การดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน ○ ประสานการได้รับสิทธิ ○ การส่งตัวกลับ	○ ประสานการเข้ารับการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน ○ ส่งบันทึกผลการตรวจและ แนวทางการรักษาการเพื่อ การส่งตัวกลับพื้นที่	○ ทำการตรวจวินิจฉัย และรักษา ตัดสินการ เป็นผู้พิการทางสมอง (กรณีมีภาวะ สมองเสื่อม)
ขั้นประเมินผล	○ จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับ และได้รับการวินิจฉัย ○ จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่ วินิจฉัยว่า มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งต่อให้ทีม COC เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับ การคัดกลุ่ม โดยจำแนกเพศ วัย (หลังการวินิจฉัย) 1) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ สมองเสื่อม ซึ่งจำนวนนี้จะ นำไปรวมกับกลุ่ม MCI เดิม 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียม การเยี่ยมบ้าน ○ การประเมินและติดตาม การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว	

ผังไหลระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา)

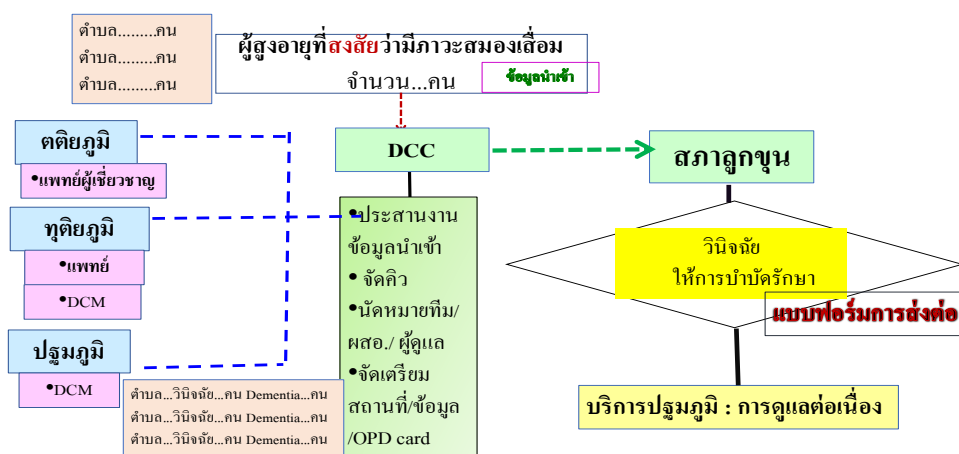
แบบส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ



แบบมี Primary Diagnosis



แบบสภาอุกขุน



3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเป้าหมายการดูแล และมีเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการและการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งการบูรณาการร่วมกับทีมไตรภาคีในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แต่ความแตกต่างของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้เป้าหมายการดูแลแต่ละกลุ่มมีความจำเพาะ คือ 1) ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) เป้าหมายการดูแล คือ การพัฒนาความจำ ด้วยการออกกำลังกาย (brain exercise) 2) ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป้าหมายการดูแล คือ การฟื้นฟูศักยภาพสมอง ด้วยการฝึกฝนสมอง (brain training) 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป้าหมายการดูแล คือ คงสภาพสมองผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด หรือ brain care และการดูแลครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไม่เป็นภาระมากเกินไป ดังนี้

1. การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง (brain exercise)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ

เครื่องมือในการดูแล คือ ชุดออกกำลังกายสมอง (brain exercise) ตัวอย่างเช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ส่งเสริมสุขภาพสมองและการใช้สมองสองซีก เช่น กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า^[19]

การดำเนินการ จะเป็นบทบาทหน้าที่ของ ชุมชน ท้องถิ่น หรือภาคสังคมอื่นๆ ในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการอยู่ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาสมองเข้าไปในทุกกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนทำเองและเป็นเจ้าของ ทีมพื้นที่ต้องประยุกต์ ชุดออกกำลังกายสมอง โปรแกรมกระตุ้นสมอง TEAM V (cognitive stimulation program) หรือชุดกิจกรรม Brain exercise มาจัดเป็นชุดการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และบูรณาการบริการนี้เข้าไปในกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุร่วมหรือสนใจเข้าร่วมทุกโครงการ และการแสวงหาการสนับสนุนจากอบจ./เทศบาล และแหล่งทุนต่างๆ

2. การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 10-15 ต่อปี มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุปกติถึงสองเท่า แม้จะมีหลักฐานว่ากลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาจกลับคืนสู่ภาวะปกติได้บ้าง แต่ก็ไม่เกินร้อยละ 25 ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และอย่างทั่วถึง จึงจะลดปัญหาการเกิดภาวะสมองเสื่อม และปัญหาอันเนื่องมาจากการรู้คิดบกพร่อง^[11]

เครื่องมือในการดูแล คือ cognitive training program ต่างๆ เช่น โปรแกรม TEAM V,^[20] Brain training^[21]

รูปแบบการดูแล การดำเนินการผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการประเมินสภาพสมองคือ MoCA แล้วพบว่ามีความดันต่ำกว่าเกณฑ์ คือ คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ก็สามารถจัดการด้วยโปรแกรมกระตุ้น

สมองหลายด้าน ในระดับปฐมภูมิได้ (รพ.สต.) โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพ มีการบริการจัด 2 รูปแบบ คือ 1) การให้การดูแลรายบุคคล และแบบกลุ่ม แบบแรกนั้นให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาค่อนข้างมากและไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ การจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์โปรแกรม TEAM V หรือ braining exercise ที่มีความจำเพาะตอบสนองต่อปัญหาที่ต้องการแก้ไข และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำอย่างต่อเนื่อง และ 2) การให้รายกลุ่ม เป็นบริการสำหรับผู้ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 6 เดือนและมีความสามารถที่จะฝึกฝนต่อเนื่องด้วยตนเอง

กระบวนการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ ต้องมีทีมงานทำงานและการเพิ่มศักยภาพทีม ท้องถิ่น สังคม และชุมชน ให้สามารถดำเนินการดูแลได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขยายการบริการได้กว้างขวางรองรับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ สามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ และ คู่มือการจัดกิจกรรม Brain training สำหรับผู้จัดกิจกรรม^[21]

กระบวนการดำเนินงานจัดกิจกรรม

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการฟื้นฟูสมอง และให้ตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการฟื้นฟูสมอง และโดยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ○ พัฒนาศักยภาพทีมงานในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมองผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย ○ วางแผน ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการจัดทำและดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย ○ วางแผนการจัดบริการการฟื้นฟูโดยครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ○ จัดกลุ่มที่เข้ารับการฝึกฝนแต่ละกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกันในคุณสมบัติที่จำเป็น ในการทำกิจกรรม	○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ รวมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม ○ สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นตอนการ	○ เป็นผู้นำและผู้จัดการจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ ติดตามการดำเนินงานและการฟื้นฟูตนเองของผู้สูงอายุ	○ อำนวยความสะดวก ○ ประสานการนัดหมาย ○ กระตุ้นการฟื้นฟูตนเองของผู้สูงอายุ	○ ร่วมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม
ขั้นประเมินผล	○ ทำการประเมินความสามารถสมองภายหลังการจัดกิจกรรมตามแบบประเมินมาตรฐาน ○ หากผลวิธีติดตามและส่งเสริมให้มีการฝึกฝนด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง	○ ร่วมในการประเมินและอำนวยความสะดวก	○ ร่วมในการประเมินติดตามผลและอำนวยความสะดวก

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นไม่ได้สิ้นสุดที่การวินิจฉัยและให้การรักษาหรือการตัดสินใจได้รับสิทธิผู้พิการเท่านั้น จำเป็นต้องมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามบริบท ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่หลักคือครอบครัว

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดการให้มีดูแลสมอง (brain care) เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกขภาวะที่มากเกินไป ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจึงครอบคลุม ทุกมิติทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการงานของผู้ดูแล

หลักการเป้าหมายสุดท้าย คือ ผู้สูงอายุและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพ แต่ในการเริ่มต้นกระบวนการดูแล ทีมสุขภาพต้องเป็นเจ้าภาพประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ และร่วมพัฒนาศักยภาพในการดูแลทั้งของผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน

การจัดบริการในระบบนี้ DCM เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ทั้งการประเมินผู้สูงอายุและครอบครัวในทุกมิติ การวางแผนการดูแลและดำเนินงานร่วมกับไตรภาคี การประสานงานและติดตามผลการดูแลของทีมประสานงานวิชาชีพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้การดูแลสมอง (brain care) รวมถึงการวางแผนการดูแลรายบุคคล และสุดท้ายก็คือ การส่งเข้าระบบการดูแลระยะยาว^[22]

ผู้ช่วยในการดูแลที่สำคัญของ DCM คือ อสม. ที่จะต้องพัฒนาการดูแลสุขภาพสมองเบื้องต้นให้ ด้วยบุคลากรกลุ่มนี้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยนำเสนอแนวทางการดูแลอย่างง่าย ๆ ที่เรียกว่า “อ ส ย” ให้อสม. นำใช้ในการเยี่ยมบ้าน โดย อ ส ย นั้นมี 5 อ. 3 ส. 1 ย. และ 5 อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัย/ อากาศ อุจจาระ 3 ส คือ สิทธิ สมอง (brain care) สิ่งแวดล้อม และ 1 ย คือ ยา ที่สามารถเติมรายละเอียดการดูแลได้ตามสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย จะช่วยให้ อสม. ทำหน้าที่ได้ครอบคลุมทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน^[23]

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงานสามารถบูรณาการร่วมกับงานการดูแลที่บ้านและชุมชน (Continuum Of Care; COC) หรืองานเวชกรรมสังคมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ได้ ในเล่มนี้จะนำเสนอขั้นตอนดำเนินงาน และแผนการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ รับข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ○ พัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ○ วางแผน ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ○ ประสานงานกับไทรภาคีและผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน ○ ร่วมกับทีมชุมชนและพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยชุมชน อาจตั้งเป็นคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูความจำ	○ เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ตามบทบาท อสม. ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย อ ส ย ○ ประสานงานการนัดหมายผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ เตรียมข้อมูลกองทุน แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	○ เยี่ยมบ้านและจัดทำแผนการดูแล ด้านยาและการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ด้านการคิดรู้ ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการฟื้นฟูสภาพ	○ ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย และตามหลักอ ส ย ○ ร่วมในการเยี่ยมบ้าน	○ ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว และตัดสินใจให้การช่วยเหลือ ตามบทบาทและต้นทุนทางสังคม

ขั้นตอน	DCM/ เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ/ รพ.สต./ PCU/ ศสม.	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
	ด้านความปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมายและ ระยะสุดท้ายของชีวิต และด้าน การดูแลทั่วไป รวมทั้งแผนการ ดูแลผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถ ดูแลผู้สูงอายุได้ ○ จัดการเยี่ยมบ้านร่วมกับไตรภาคี เพื่อตัดสินใจความต้องการและ มอบหมายผู้ให้การช่วยเหลือ ○ เยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลที่ ครอบคลุมความต้องการและสรุป การดูแลที่ต้องได้รับการตกลง ○ ให้คำปรึกษาการดูแล ○ ส่งต่อเข้าระบบการดูแล ระยะยาว (สรุปข้อมูลการดูแลเพื่อส่งต่อ)	○ ทำการเยี่ยมบ้านให้การ ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ ครอบครัวที่ได้รับ มอบหมาย ○ รายงานความก้าวหน้าใน การดูแลและปัญหา อุปสรรค ○ ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา	○ ทำการเยี่ยมบ้านให้การ ช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ/สังคมแก่ ผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล/ครอบครัว ○ ประสานการได้รับสิทธิผู้พิการ ○ พัฒนาพื้นที่/สิ่งแวดล้อมเพื่อ ความปลอดภัย ○ อำนวยความสะดวกด้าน สถานที่ การเดินทางและ อาหารเครื่องดื่ม ○ สนับสนุนงบประมาณ ○ รายงานความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ส่งให้ DCM ○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ ครอบครัวที่ได้รับการดูแล ประเภทการดูแลที่ให้ และ งบประมาณ
ขั้นประเมินผล	○ จัดทำทะเบียนการดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน ○ สรุปประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวในพื้นที่ และการส่งต่อ		○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ ครอบครัวที่ได้รับการดูแล ประเภทการดูแลที่ให้ และ งบประมาณ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ที่อยู่ในระบบ CDC System จะมุ่งเป้าให้บริการ
การดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว จนได้คุณภาพระดับหนึ่งด้วย**ทีมไตรภาคี** ก่อนส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว
(LTC) ที่เป็นงานประจำของระดับพื้นที่ และจะถือว่า **เป็นการดูแลระยะกลาง ระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ
intermediated care^[10]** เครื่องมือในการดูแล คือ **การเยี่ยมบ้าน** ที่กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน
จำนวนการเยี่ยมบ้านซึ่งจะดำเนินการไว้ตามแผนและสามารถแปรผันตามกิจกรรม แต่ขั้นตอนการเยี่ยมที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอนไว้ มีดังนี้

การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบด้าน
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มิติการดูแล

การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 3	การดูแลที่ครอบคลุม มีแผนการดูแลรายบุคคล (CP)
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 4	การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแล LTC
แผนการดูแลรายบุคคล และแผนการดูแลระยะยาว		

การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

เมื่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย และมีผลการวินิจฉัยว่า มีภาวะสมองเสื่อม DCC หรือพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ จะส่งผลการวินิจฉัยและแผนการบำบัดรักษา การดูแล การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัว และส่งเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระยะเวลาเตรียมการ 3 วัน ให้กับ DCM หรือพยาบาลวิชาชีพในทีม COC ที่รับผิดชอบรายการนี้

กระบวนการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

การเยี่ยมบ้าน	กระบวนการดำเนินงาน	ระยะเวลา การดำเนินการ	การประเมิน โดยไตรภาคี	ผู้รับผิดชอบ/ ประเมิน
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1	-แบบประเมินสภาพสมอง -แบบประเมิน HHC/LTC -แนวทางการสรุปปัญหาและการดูแลโดยทีมสุขภาพ 1) การดูแลด้านการรู้คิด 2) การดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ 3) การประสานและติดตามการส่งต่อ 4) การดูแลโรค/ปัญหาสุขภาพ 5) การดูแลสุขภาพโดยรวม 6) การดูแลเสริมโดยจิตอาสา/ชุมชน (อ ส ย) 7) การดูแลผู้ดูแลและครอบครัว	ภายใน 1 สัปดาห์	ประเมินข้อมูลรอบด้าน	-DCM -อสม./จิตอาสา/ Care giver
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2	-แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุและครอบครัว ประเด็นในการประเมิน 1) สุขภาพจิต-สภาพสมอง 2) สุขภาพกาย 3) การเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 4) สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	ภายใน 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน	-ประสานทีมไตรภาคีลงเยี่ยม -ไตรภาคีให้ผลการดูแล	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน/ ท้องที่

การเยี่ยมบ้าน	กระบวนการดำเนินงาน	ระยะเวลา การดำเนินการ	การประเมิน โดยไตรภาคี	ผู้รับผิดชอบ/ ประเมิน
	5) สมาชิกครอบครัว/การดูแล เกื้อหนุน 6) สุขภาพสังคม/การได้รับสิทธิ และความเป็นธรรม 7) ข้อมูลอื่นๆ ถ้ามีเพิ่มเติม			
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3	-แผนการดูแลรายบุคคล/ รายกลุ่มของแต่ละทีม	ภายใน สัปดาห์ที่ 2-6	-ประสานทีมไตรภาคีลง เยี่ยม -การดูแลที่ครอบคลุม	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน/ ท้องที่
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4	-แผนการดูแลรายบุคคล/ รายกลุ่มของแต่ละทีม	ภายใน 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน	-ประสานทีมไตรภาคีลง เยี่ยม -การดูแลเพื่อการส่ง เข้าระบบการดูแล ระยะยาว	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน/ ท้องที่
สรุปการดูแล	-ผลการดำเนินงาน -เอกสารการประเมิน -แผนการดูแลระยะยาว	ภายใน 1 สัปดาห์	-การสรุปการดูแลของ ไตรภาคีส่งต่อการดูแล เข้าระบบการดูแลระยะ ยาว	-DT-CM -ทีมCOC

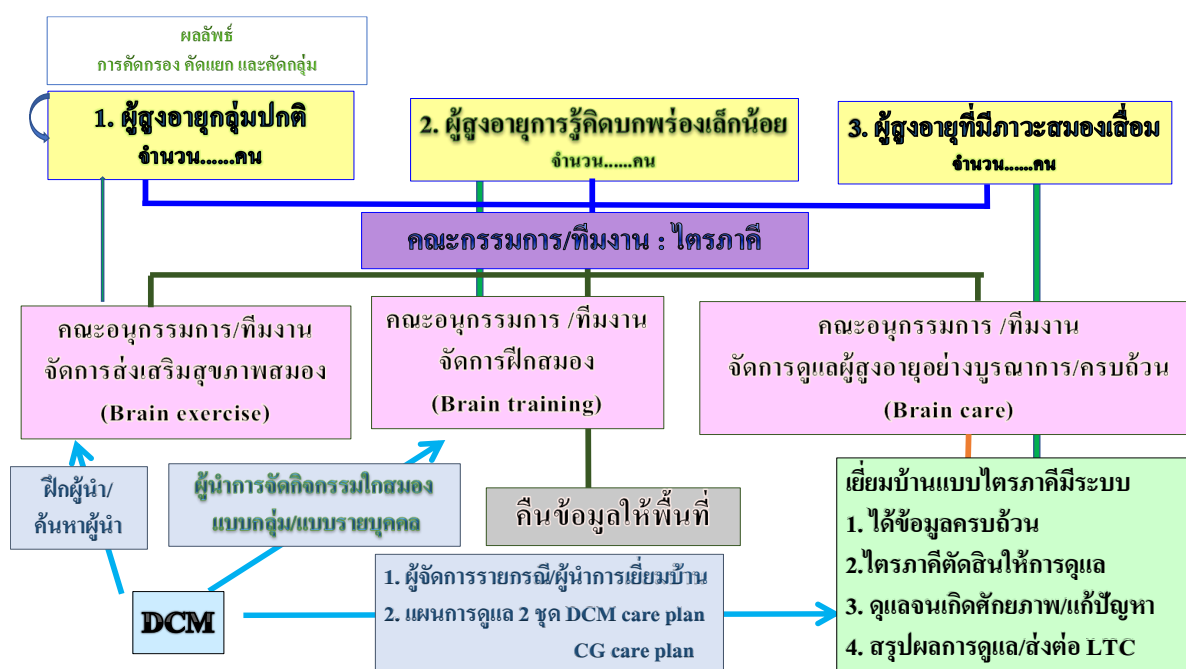
ทีมไตรภาคี คือ การดูแลร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และชุมชน

ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย DCM, FCT, DCC, COC, อสม./ CG

ทีมสังคม/ท้องถิ่นประกอบด้วย เทศบาล/เจ้าหน้าที่/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/นักพัฒนาชุมชน/ CG

ทีมชุมชน/ท้องที่ ประกอบด้วย พระภิกษุ วัด ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา คณะกรรมการศูนย์

ผังไหล ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



กรณีศึกษาตัวอย่าง บทบาทของ DCM/DCC ในการจัดทำารดูแลแบบไตรภาคี

บทบาทของ DCM/DCC ในการจัดการดูแลแบบไตรภาคี

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โมเดลบ้านผาง ซึ่งเป็นการดูแลเชิงรุก ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของไตรภาคี มีวิธีปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ความต้องการ ประเมินปัญหาการตัดสินใจ และความต้องการการดูแล การประเมินผล และส่งต่อ เป้าหมายของระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว คือ การดูแลโดยภาคีสุขภาพ สังคม และชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านของ DCM ประจำพื้นที่ หรือเจ้าของกรณีศึกษา เป็นผู้จัดกระบวนการให้เกิดการดูแล ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและดูแลผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพด้วย โดยการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น กำหนดให้ครอบคลุมด้านการคิดรู้ ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านยา ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมาย และการดูแลระยะท้ายของชีวิต ส่วนด้านการดูแลผู้ดูแล คือ เน้นเรื่องความเข้าใจ มีทักษะ และมีกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเริ่มดูแลตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากสภากาชาด ซึ่ง DCM เป็นเจ้าของกรณีศึกษา

การเยี่ยมบ้านในครั้งแรก : ข้อมูลรอบด้าน DCM ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน และให้การดูแลด้านสุขภาพร่วมด้วย โดยเน้นเรื่องการได้รับยาและติดตามผลการใช้ยา นอกจากนั้น DCM ยังให้ข้อมูลครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นด้วย และรวบรวมปัญหาที่ต้องการความร่วมมือจากทีมสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องถิ่น

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 : ไตรภาคีให้มิติการดูแล การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นี้ จึงเป็นการดำเนินงานของไตรภาคีอย่างแท้จริง โดยมีแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว DCM

จะเตรียมข้อมูลพร้อมทั้งประสานงาน เป็นแกนหลักของไตรภาคี ประสานนัดหมายครอบครัว จัดฝั่งลำดับการเยี่ยม เตรียมเอกสารแบบประเมิน โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นทั้งหมด เพื่อนำเสนอในการประชุมเตรียมการก่อนลงพื้นที่ โดย DCM จะนำเสนอข้อมูลทุกกรณีศึกษาอย่างกระชับ ด้วยทีมไตรภาคีมีเวลาจำกัด ดังนั้น การเยี่ยมต้องมีประสิทธิภาพ และได้ผลเชิงประจักษ์ มีการประชุมกลุ่มสรุปทุกครั้งหลังการเยี่ยมบ้าน

ในส่วนของทีมสุขภาพ DCM จะวางแผนการดูแลและมอบหมาย CG/ อสม. เป็นตัวหลักในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนที่เกินกำลังจะขอความช่วยเหลือจากทีม สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ ท้องที่ โดยเฉพาะเรื่อง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามระเบียบของเทศบาล/อบต.

สำหรับทีมชุมชน/ ท้องที่ ความที่อยู่ร่วมกันในชุมชนมานาน ความเอื้ออาทร ความเป็นพี่เป็นน้อง ส่งต่อถึงกัน ให้ความช่วยเหลือเป็นแบบกัลยาณมิตร รวมถึงเป็นรั้วเฝ้าระวังเมื่อผู้สูงอายุหลงทางกลับบ้านไม่ถูก สำหรับโมเดลบ้านฝางนี้มีพระภิกษุร่วมในทีมด้วย ทำให้การเยี่ยมเยือนมีการดูแลทั้งผู้สูงอายุและให้กำลังใจผู้ดูแล และมีการสนับสนุนปัจจัย ข้าวสารอาหารแห้งแก่ครอบครัวด้วย

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : การดูแลที่ครอบคลุม DCM จะกำหนดหลักการเยี่ยมบ้านง่ายๆ เพื่อให้เป็นแนวทางในทีมร่วม และผู้ดูแลสามารถดูได้อย่างครอบคลุม ด้วยหลัก อสย., 5 อ. (อาหาร/อนามัย-อากาศ/ออกกำลังกาย/อารมณ์/อุจจาระ), 3 ส. คือ สิทธิ สมอง และสิ่งแวดล้อม และ 1 ย. คือ ยา โดยมีการแนะนำการปฏิบัติการดูแลตามหลัก อสม. ตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่ประเมินได้ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 นี้ DCM ยังใช้เป็นโอกาสในการติดตามงานของภาคีที่ได้มีมติกันไว้แล้ว และมีโอกาสประสานความช่วยเหลือให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 : การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว

DCM ร่วมกับทีมไตรภาคีประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุรอบด้าน รวมทั้งติดตามการดูแลของภาคีเครือข่าย สรุปการดูแลของไตรภาคีเพื่อเตรียมการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว Long Term Care ดูแลโดยชุมชนต่อไป

กรณีศึกษาการดูแลแบบไตรภาคี

กรณีตัวอย่างที่ 1 คุณยาย ที่เป็น Dementia อาศัยอยู่กับสามีโดยลำพัง เนื่องจากลูกๆ แยกครอบครัวไปอยู่หมู่บ้านอื่นความเป็นอยู่ลำบาก นอกจากนั้นคุณยายยังมีปัญหาสุขภาพทางกายเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง ซึ่ง case นี้มีปัญหาซับซ้อน ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ปัญหาด้านสมอง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมยากเกินกว่าที่ทีมสุขภาพจะรับมือไหว ได้เชิญทีมไตรภาคีมาเยี่ยมบ้านพูดคุยกับคุณตา ความต้องการเร่งด่วนที่ทีมช่วยมีอะไรบ้าง ใครจะช่วยได้ตรงไหน ดังตารางที่แสดงต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไตรภาคี

ปัญหา	ทีมสุขภาพ	ทีมท้องถิ่น (อปท.)	ทีมท้องที่ (CG/ชุมชน)
การรับประทานยาไม่ถูก	- จัดทำ care plan ให้ CG ดูแลตาม care plan		ติดตามเยี่ยมบ้านกำกับกร กินยาตามแผนการรักษา

ปัญหา	ทีมสุขภาพ	ทีมท้องถิ่น (อปท.)	ทีมท้องถิ่น (CG/ชุมชน)
	- แนะนำการใช้ยาให้กับ CG/ญาติ - จัดยาให้เป็นหมวดหมู่ - เขียนวิธีการกินยาด้วยตัวหนังสือที่ใหญ่ชัดเจน - อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปรีกษาแพทย์/เภสัช ในการปรับเปลี่ยนยาเนื่องจากยาที่ได้รับมากเกินไปจนความจำเป็น		
ขาดผู้ดูแล อาศัยอยู่กับสามี อายุ 80 กว่าปี ฐานะยากจน	จัดเวทีประชาคมทีมไตรภาคีเพื่อจัดระบบการดูแลร่วมกัน	- ดูแลให้ได้รับเบี้ยยังชีพทั้ง 2 คน และเพิ่มเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการให้คุณยาย - แจกถุงยังชีพข้าวสารอาหารแห้ง น้ำดื่ม นม	- CG เยี่ยมบ้าน ดูแลเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร - ช่วยอาบน้ำ สระผม - ทำความสะอาดบ้าน ล้างถ้วย ล้างจาน เตรียมอาหารให้ - พระสงฆ์ บริจาคข้าวสารอาหารแห้งที่วัดมีมากพอจะจัดมาให้ทุกเดือนและบอก CG ไปเอาข้าวกันบาตรพระทุกเช้าหลังพระฉันเสร็จ ซึ่งจะมีอาหารมากพอสำหรับคุณตาคุณยายรับประทาน - ผู้ใหญ่บ้าน ชุมชน บริจาคเครื่องอุปโภคบริโภค โดยมอบในวันที่มาเยี่ยมบ้านร่วมกับ CG
ด้านสิ่งแวดล้อม	ช่วยออกแบบลู่สำหรับให้คุณยายได้ฝึกเดิน	จัดทำทางลาดและลู่พร้อมราวจับสำหรับให้ผู้ป่วยได้ฝึกเดิน	- CG, อสม., แกนนำชุมชน หมุนเวียนมาช่วยเยี่ยมบ้าน และพาคุณยายฝึกเดิน

ปัญหา	ทีมสุขภาพ	ทีมท้องถิ่น (อปท.)	ทีมท้องถิ่น (CG/ชุมชน)
ห้องน้ำแบบนั่งยอง		ปรับเปลี่ยนห้องน้ำให้ เหมาะกับผูสูงอายุ	

บทบาทของอาสาสมัครชุมชน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ จิตอาสา^[23]

อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบุคคลสำคัญในชุมชน รับผิดชอบดูแลครอบครัว ประมาณ 10 ครอบครัว และมีภารกิจงานสำรวจข้อมูลตามวาระ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจิตอาสาในชุมชน ก็ล้วนเป็นผู้รู้จักของผู้คนในชุมชนเป็นอย่างดีและมีมนุษยสัมพันธ์อันดี การตรวจสอบความจำจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ความเป็นกันเอง เยี่ยมเยียนถามข่าว ใช้คำพูด ภาษาถิ่นที่เข้าใจง่าย ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และจิตอาสา ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจึงมีความสำคัญยิ่ง ในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ระบบคัดกรอง/คัดแยก การคัดกรอง เป็นระยะการค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิดจำแนก ผู้ที่อาจมีความจำเปลี่ยนแปลงออกจากผู้ที่มีความจำปกติ ส่วนการคัดแยกเป็นการประเมินผู้ผ่านการคัดกรอง และพบว่ามีความจำด้านความจำและการคิด ว่ามีความไม่ปกติด้านความจำจริงหรือไม่

เริ่มจากการระบบการ *คัดกรอง* ผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) care giver (CG) มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการคัดกรอง โดยใช้เครื่องมือการคัดกรอง คือ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) หลังจากการคัดกรองจะได้กลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุปกติ 2) กลุ่มผู้สูงอายุผิดปกติ

หลังจากนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบการ *คัดแยก* โดยพยาบาลวิชาชีพหรือทีมสุขภาพ คัดแยก โดยใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 , MoCA และ TGDS สามารถแยกผู้สูงอายุได้ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา) เป็นการค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระบบ *วินิจฉัย หรือที่เรียกว่า คัดกลุ่ม และบำบัดรักษา* เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยบำบัดและรักษาที่เหมาะสม ซึ่งอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) และ Care giver (CG) มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญตั้งแต่การติดต่อ ประสานงาน ร่วมไปถึงการดูแลภายใต้การกำกับของ Dementia care manager เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน เน้นการดูแลแบบรายบุคคลที่บ้าน ดูแลแต่ละคนแต่ละครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติและเชื่อมโยงกับระบบบริการที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) การทำกิจกรรมสร้างเสริมความจำในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ 2) การทำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และ 3) การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคีในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) และ Care giver (CG) มีส่วนสำคัญในระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการดูแลในชุมชน คือ **การเยี่ยมบ้าน** ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อให้การดูแลในทุกภาคส่วนที่เรียกว่า **การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี**

กระบวนการทำงาน จะเน้นความร่วมมือของทีมบุคลากรทางสุขภาพ ทางสังคม ท้องถิ่นและชุมชน มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ใช้หมายรวมถึงแค่ทีมสหวิชาชีพ หากแต่รวมถึงอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) CG และจิตอาสา ที่ทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการคัดกรอง ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงหน้าที่ของ อสม. จิตอาสา Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม

กลุ่มผู้สูงอายุ	การดูแล	เครื่องมือที่ใช้/ประสานทีมไหน/อย่างไร
กลุ่มปกติ	ทำกิจกรรมส่งเสริมการชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ brain exercise	ประสานงาน และทำงานร่วมกับ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเน้นการ บูรณาการทั้งภาค ชุมชนและสังคม
กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	การทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (brain training) ภายใต้การกำกับดูแลของ Dementia care manager หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน - นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม	ประสานงานร่วมกับ Dementia care manager หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการอบรมโปรแกรม cognitive training
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	- เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ตามบทบาท - ประสานงานการนัดหมาย ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน และนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ - ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย - ร่วมในการเยี่ยมบ้าน - ทำการเยี่ยมบ้านให้การดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย	ประสานงาน และบูรณาการการทำงานร่วมกับ งาน COC ของหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงทีมเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

กลุ่มผู้สูงอายุ	การดูแล	เครื่องมือที่ใช้/ประสานทีมไหน/อย่างไร
	- รายงานความก้าวหน้าในการดูแลและปัญหาอุปสรรค - ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา	

ตารางที่ 4 สรุปบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และ จิตอาสา

บทบาท	อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	จิตอาสา
ภาพรวม บทบาทใน CDC system	1) มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม 2) ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ตามขอบเขตความรับผิดชอบ 3) ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ	1) มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม 2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกับทีม 3) ทบทวนการปฏิบัติงานกับทีมสุขภาพ (1 ครั้ง/สัปดาห์) 4) รายงานผล ความก้าวหน้า และปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน	1) มีส่วนร่วมในกิจกรรม 2) การสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 3) การเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันสมองเสื่อมของงบประมาณจากแหล่งทุน
ระบบคัดกรอง/ คัดแยก	• การค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด • การติดตามเยี่ยมบ้าน	• การสนับสนุน รับส่งผู้สูงอายุ มารับบริการตรวจคัดกรอง	• อำนวยความสะดวกด้านรถรับส่ง ด้านอาหาร มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เตรียมสถานที่
ระบบการคัด กลุ่ม (วินิจฉัย บำบัดรักษา)	• ส่งต่อผลการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ให้ทีมสุขภาพ		
ระบบการดูแล ต่อเนื่องใน ชุมชน	• การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม • การติดตามเยี่ยมบ้าน • การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมไทรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่) • การสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกับครอบครัว	• ช่วยเหลือการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกับครอบครัว • การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมไทรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่) • ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ	• ช่วยเหลือการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ร่วมกับครอบครัว

บทบาท	อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	จิตอาสา
	ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ		

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ จิตอาสา

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร บุคลากรด้านหน้า คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และจิตอาสา มีส่วนสำคัญในการดำเนินการ เริ่มตั้งแต่การเตรียมการและการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับการปฏิบัติงานตามบทบาทหรือการปฏิบัติงานที่ทำอยู่ประจำ

ตารางที่ 5 สรุปหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และ จิตอาสา

CDC system	อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	จิตอาสา
ระบบคัดกรอง/ คัดแยก	- คัดกรอง/ค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถามและแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตามปฏิทินชุมชนเป็นเวลา 2 เดือนของทุกปี - ติดตามคัดกรองผู้ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองตามแผนระยะเวลาที่กำหนด/ตามมูลเหตุของปัญหา	สนับสนุนการคัดกรอง/ค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด	- สนับสนุนการคัดกรอง/ค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด - สนับสนุน/อำนวยความสะดวก
ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัยและ บำบัดรักษา)	- แจ้งข้อมูลผลการคัดกรองค้นหาผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ให้ทีมสุขภาพ - แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อม ต่อทีมสุขภาพ	แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อม ต่อทีมสุขภาพ	- แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อม ต่อทีมสุขภาพ - สนับสนุน/อำนวยความสะดวก/รถรับส่ง
ระบบการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน	- การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม - ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง	- การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม - ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง	ร่วมให้การสนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ฝ้าระวัง เยี่ยมเยียน/ไป

CDC system	อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	จิตอาสา
	• ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแล (Care plan) ที่กำหนดร่วมกับทีมสุขภาพ • การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะการดูแลทั่วไป ด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามหลัก อสย. • ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน/ให้ข้อมูลการดูแลร่วมกับทีมไตรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องถิ่น)	• การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะการดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามหลัก อสย.	มาหาสู่ให้กำลังใจตามความสะดวก

การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพการใช้เครื่องมือในการคัดกรองของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

ในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถามและแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ใช้แบบประเมิน สอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ญาติผู้ใกล้ชิดและครอบครัว การที่จะการใช้เครื่องมือในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ประเมินต้องได้รับการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการใช้และนำใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง เพื่อการประเมินผลที่แม่นยำตรง ตลอดจนวิธีการดำเนินการคัดกรองให้ได้ประสิทธิภาพ

แนวทางการเพิ่มศักยภาพการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง ประกอบด้วย

1. การเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
2. การเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ เป้าหมายของการคัดกรอง วิธีการเข้าถึงผู้สูงอายุ วิธีการถามเพื่อให้ได้คำตอบตามเป้าหมาย วิธีการพิจารณาคำตอบ การให้คะแนน การแจ้งผลและการบันทึกผลที่ถูกต้อง
3. การเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน วิธีการใช้ แนวทางการตั้งคำถาม วิธีการได้มาซึ่งคำตอบที่ถูกต้อง การสาธิตและสาธิตย้อนกับการใช้เครื่องมือ และการตัดสินใจ กรณีการให้คะแนน
4. การฝึกฝนทักษะการใช้แบบประเมินคัดกรองกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ญาติผู้ใกล้ชิดและครอบครัวในพื้นที่เรียนรู้เทคนิคการตั้งคำถาม สะท้อนปัญหา/ข้อจำกัดต่อกับทีมสุขภาพ เพื่อขอรับคำแนะนำการใช้แบบประเมินที่ถูกต้อง
5. การเข้าร่วมการฝึกอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน ตามปฏิทินชุมชนเป็นประจำทุกปี ก่อนดำเนินการคัดกรอง

หลักการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ จิตอาสา

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และจิตอาสา เป็นบทบาทที่สำคัญในระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร แบ่งกลุ่มการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม โดย

กลุ่ม	เป้าหมายการดูแล
กลุ่มปกติ	เน้นให้ตรวจคัดกรอง ติดตามปัญหาด้านความจำ และการส่งเสริมการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม
กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	เน้นการตรวจคัดกรอง ติดตามปัญหาด้านความจำ ส่งต่อข้อมูลเพื่อคัดแยก วินิจฉัยอาการ
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	เน้นให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแลร่วมกับครอบครัว

การเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งกระบวนการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน ปฏิบัติตามแผนการดูแล (Care plan) จะถูกกำหนดขึ้นตามปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ (DCM) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และจิตอาสา จะต้องร่วมวางแผนและปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน/ให้ข้อมูลการดูแลร่วมกับทีมไตรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่) และให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวัน โดยใช้หลักการ อสย. ตามสถานะสุขภาพที่ประเมินได้

หลักการดูแล อ ส ย^[10, 23]

หลักการที่เรียกว่า อ-ส-ย (5อ-3ส-1ย) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน เป็นการดูแลที่สะท้อนความเฉพาะต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต้องพิจารณาตามลักษณะของแต่ละบุคคล รวมถึงเป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล/ครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรจะต้องครอบคลุม การดูแลโดยทั่วไป การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรมอารมณ์ การฟื้นฟู การใช้จ่าย การบำบัดรักษาต่อเนื่อง ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม สิทธิกฎหมายและระยะท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ดูแลและครอบครัว ต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือการดูแลด้านจิตใจ การทำความเข้าใจต่อภาวะสมองเสื่อม มีกำลังใจในการดูแล และมีทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการสนับสนุนในด้านอาชีพ เศรษฐกิจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตามศักยภาพเท่าที่เป็นไปได้

หลักการที่เรียกว่า อ-ส-ย (5อ-3ส-1ย) ประกอบด้วย

1. อักษร อ เป็นการดูแล เรื่อง อาหาร อนามัย/อากาศ ออกกำลังกาย อารมณ์ และอุจจาระ
2. อักษร ส เป็นการดูแลด้านสมอง สิ่งแวดล้อม และสิทธิ

3. อักษร ย. เป็นการให้ความรู้เรื่อง การใช้ยา

การใช้ หลักการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชนที่เรียกว่า อ-ส-ย (5อ-3ส-1ย) นั้น
ควรต้องกำหนดกิจกรรมการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามลักษณะของแต่ละบุคคล
ตามปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ

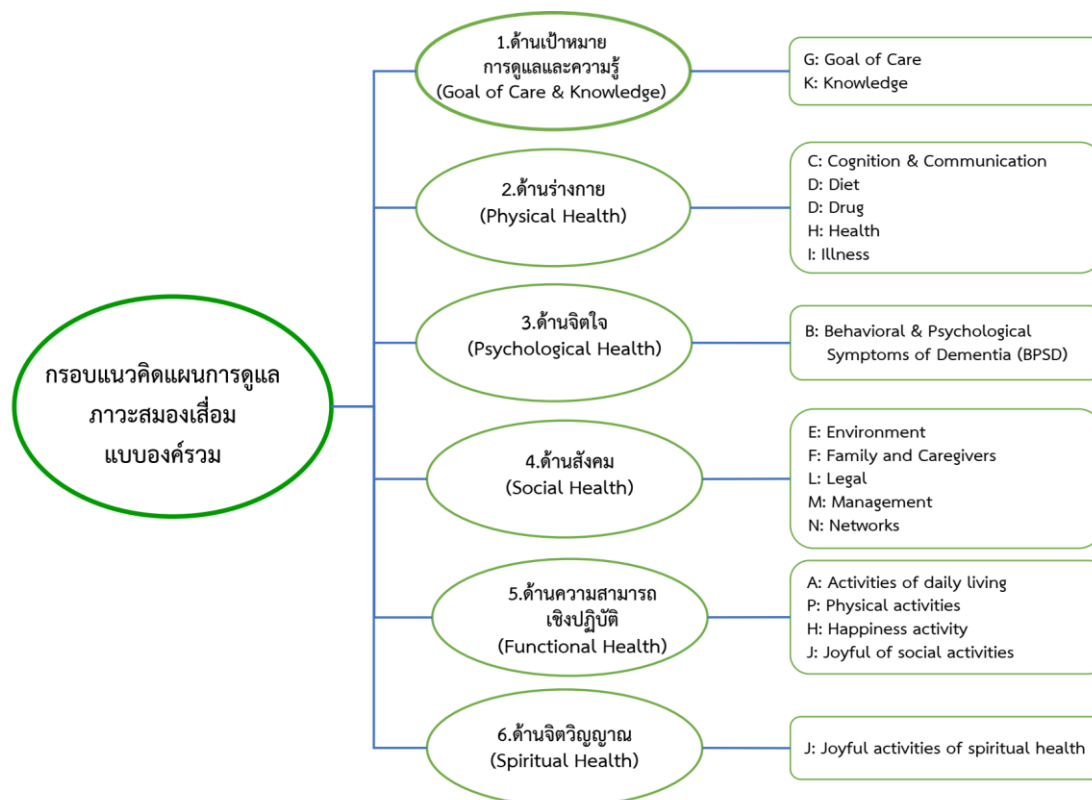
ตัวอย่าง ของ การใช้ อสย. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังรายละเอียดแสดงในตารางนี้

5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย)				
อาหาร	อนามัย	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อุจจาระ
- การจัดเตรียมอาหารให้มีสารอาหารครบ 5 หมู่ หลายประเภท ปริมาณเพียงพอ ครบทั้ง 3 มื้อ - กรณีมีโรคประจำตัว เตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรค - ให้ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว - จัดตารางการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจวัตรอื่น - ต้องใช้เวลา ไม่รีบเร่ง ตั้งเครียด - ปิดสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจระหว่างมื้ออาหาร ควรปิดวิทยุ โทรทัศน์ - ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในการเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร	- จัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ เป็นแบบแผน กำหนดเป็นช่วงเวลา ทำด้วยวิธีการเดิมๆ ซ้ำๆ กัน เช่น กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร เวลารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การอาบน้ำ เวลาเข้านอน การขับถ่าย และการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น - จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ คั่นเคย สะดวก ไม่สลับซับซ้อน - การดูแลสุขอนามัยความสะอาดของร่างกาย - จัดหาเสื้อผ้าที่สะดวกในการสวมใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกและสวมใส่ด้วยตนเอง จนกว่าจะทำได้ - สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ	- ให้ออกกำลังกายตามสภาพร่างกายและความสามารถ หรือทำเท่าที่ทำได้ง่ายๆ - พยายามให้ออกาสช่วยเหลือตนเอง ทำกิจกรรมต่างๆ/ กิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเอง/การเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่สามารถทำได้ - ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม - หลีกเลี่ยง ไม่กระตุ้นหรือพยายามฝึกให้ทำกิจกรรมมากเกินไป อาจทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสียด้วยได้	- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงดังชัดแจน นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่ตะโกนเสียงดัง แสดงถึงความเคารพใน ความสูงอายุ - พูดคุยเป็นประจำ สม่ำเสมอ อธิบายสั้นๆ ว่ากำลังจะทำอะไร บอกทีละขั้นตอน ซ้ำๆ เช่น อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า - หากต้องการให้ผู้ป่วยทำตาม ใช้คำพูดเชิญชวนไม่ใช่คำพูดเชิงออกคำสั่ง - สอบถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ว่าต้องการให้ทำอะไร - รอหรือให้เวลาผู้ป่วยนึก คิด พูดตอบ หรือตอบสนอง - ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การบ่น การดูว่า	- การดูแลสุขวิทยา ก่อนและหลังการขับถ่าย - การกำหนดช่วงเวลาในการขับถ่ายในแต่ละวัน - การพาเข้าห้องน้ำ เป็นกิจวัตรทุกวัน - การดูแลป้องกันปัญหาท้องผูก - กรณีท้องผูก จำเป็นต้องหาวิธีช่วยเหลือ เช่น การสวนอุจจาระ - ส่งเสริมให้รับประทานอาหาร ที่ช่วยในการขับถ่าย - หลีกเลี่ยงการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา หากจำเป็นควรสังเกตผิวหนังบริเวณขับถ่าย การอักเสบ ติดเชื้อ

5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย)				
อาหาร	อนามัย	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อุจจาระ
			กล่าว หรือคำพูดใน แล่งต่อผู้ป่วย - พาไปทำกิจกรรมที่ ชอบ ฟังพอใจ เพื่อ ผ่อนคลายและมี ความสุข - หากิจกรรมที่ทำ ร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัว	
3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ)				1 ย. (ยา)
สมอง	สิ่งแวดล้อม	สิทธิ	การใช้ยา	
- จัดให้มีสิ่งกระตุ้นเตือนการรับรู้ เช่น นาฬิกา ปฏิทิน รูปภาพเก่าๆ - ให้ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำ ตามความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังคำนวน เล่นดนตรี การเล่นเกมส์ การเย็บปัก ถัก ร้อย (ถ้าทำได้) การวาดรูป - จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร การรับรู้ และการเคลื่อนไหว เช่น แว่น สายตา เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้าค้ำยัน	- จัดสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง - ตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัย ที่อาจทำให้ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม - ปรับให้มีความปลอดภัย เช่น พื้นบ้าน แสงสว่าง ห้องน้ำ และทางเดินทั้งในบ้านและนอกบ้าน เป็นต้น - ไม่ปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่หรือบ้านเฟอร์นิเจอร์ เครื่องเรือนในบ้านบ่อยๆ - พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อให้รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน โดยดูแลอย่างใกล้ชิด - ระมัดระวังหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เป็นอันตรายหรือพลัดหลง	- แนะนำ/หาความรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ - สิทธิในการรับบริการสุขภาพและบริการสังคม - แหล่งให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ - ปัญหาทางกฎหมายที่ต้องรู้ อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น ปัญหาทางคดีแพ่ง และปัญหาทางคดีอาญา	- การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีมีโรคประจำตัว - ให้อาหารให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ ตามคำสั่งการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	

แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความเสื่อมถอยลงของการทำหน้าที่ของสมองส่วนปริซัน ร่วมกับการมีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (BPSD) ส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเสื่อมถอยลง โดยส่งผลกระทบในหลายมิติ การสรุปประเด็นปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถใช้แนวทางการสรุปประเด็นปัญหาตามกรอบแนวทางการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบ **A - N** หรือ “A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N” ซึ่งประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน (A: Activity of Daily Living, ADL) การประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (B: BPSD) การประเมินด้านการรู้คิด (C: Cognition) เรื่องยา (D: Drug) สภาพแวดล้อม (E: Environment) ครอบครัวและผู้ดูแล (F: Family and caregivers) การวางแผนเป้าหมายการดูแล (G: Goal) การประเมินด้านสุขภาพทั่วไป (H: Health) กฎหมาย (L: Legal) การเงิน (M: Money) และเครือข่าย/ระบบการดูแล (N: Network)⁽³²⁾ ซึ่งผลจากการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรที่ผ่านมา พบว่ากรอบแนวทางการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบ “A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N” มีประโยชน์ในการประเมินปัญหาได้ครอบคลุมแต่ควรบูรณาการแนวทาง **A - N** นี้ให้สอดคล้องกับแนวทางการวางแผนการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Care Plan) ที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ จึงมีการบูรณาการสรุปเป็น แนวทางการดูแล ใน 6 มิติ คือ 1) ด้านการตั้งเป้าหมายการดูแลและความรู้ (Goal of care and Knowledge) 2) ด้านร่างกาย (Physical health) 3) ด้านจิตใจ (Psychological Health) 4) ด้านสังคม (Social health) 5) ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ (Functional health) และ 6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health) โดยบูรณาการประเด็นปัญหา/การดูแลตามแนวทางการดูแลตามแนวทาง **A - N** (A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N) และเพิ่มแนวทางการดูแลด้านอื่นๆที่สำคัญเพิ่มเติม ประมวลเป็นแนวทางการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ที่มีความครอบคลุมตามแนวทางการดูแลแบบองค์รวม ใน 6 มิติ และที่ครอบคลุมตาม 18 ประเด็นปัญหา⁽³³⁾ (ดังภาพที่ 12) และแนวทางการจัดทำและนำไปใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพ (ดังตารางที่ 6)⁽³⁴⁾



หมายเหตุ การนำใช้ขึ้นอยู่กับแต่ละกรณี เช่น J: Joy activity ที่เป็นกิจกรรมทั่วไปอยู่ในข้อ 4 ด้านสังคม แต่ถ้าเป็นกิจกรรมทางด้านศาสนา จะอยู่ในหัวข้อที่ 6 ด้านจิตวิญญาณ

ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม 6 มิติ 18 ประเด็นปัญหา

ตารางที่ 6 แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสุขภาพ (ตามแนวทางการดูแล 6 มิติ ใน 18 ประเด็น) ⁽³⁴⁾

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
1. ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป	
โรคประจำตัว	โรคประจำตัว โรคเรื้อรัง โรครวมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน และโรคไตเรื้อรัง
สัญญาณชีพ	บันทึกผลการตรวจสัญญาณชีพ เป็นข้อมูลเบื้องต้น กรณีมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลง ควรระบุเพิ่ม ใน ข้อ 7: I: Illness
ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI)	ระบุส่วนสูง น้ำหนัก เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พิจารณาร่วมกับปัญหาภาวะโภชนาการ ดัชนีมวลกาย: ค่าปกติคือ 18.5-22.9 กก.ต่อตารางเมตร
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น	ข้อมูลปัญหาสุขภาพที่พบ เมื่อเริ่มทำการประเมิน ประกอบด้วย ติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เคลื่อนไหว/เคลื่อนที่ไม่ได้ ปัญหาการกิน ปัญหาขับถ่าย สับสน เหนื่อยง่าย

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
2. ประเมินภาวะสุขภาพ 	ข้อมูลในส่วนนี้เป็นผลจากการใช้แบบประเมินคัดกรองต่างๆ ที่ต้องทำความเข้าใจวิธีการใช้ จึงควรพิจารณาใช้ร่วมกับคู่มือและแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2564 สามารถ download ได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/1FMaML_isQqxUXl7VeKhWdlzzAWBT3i-L
Barthel ADL Index Chula ADL Index TAI 	เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ/ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ Barthel Index (Barthel Activity of Daily Living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานว่า ผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ประกอบด้วย 10 ด้าน แยกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (2) กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (3) กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Chula ADL Index (The Chula Activities of Daily Living Index) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น (ตามภาวะปกติที่บ้าน) ว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) TAI (Typology of Aged with Illustration) เป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการทำกิจกรรมหรือประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน แยกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ (1) กลุ่ม B (Border gr.) กลุ่มปกติ/มีภาวะเสี่ยง (B3,B4,B5) (2) กลุ่ม C (Confused gr.) กลุ่มที่มีความสับสน (Dementia) (C2,C3,C4) (3) กลุ่ม I (Immobile gr.) กลุ่มที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ (I1,I2,I3) สามารถ download ได้ที่ https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202010/m_news/8975/178839/file_download/1f3017e412de255984ad8108638c5f8b.pdf
ภาวะพึ่งพิง	การแบ่งกลุ่มภาวะพึ่งพิง แบ่งประเภทผู้สูงอายุตามเกณฑ์ สปสช. ที่พิจารณาจากผลการประเมิน ADL และ TAI ประกอบด้วย (1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดบ้าน: ADL=5-11 คะแนน และ TAI=B3 (2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน: ADL=5-11 คะแนน และ TAI=C2,C3,C4 (3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดบ้าน: ADL=0-4 คะแนน และ TAI=I3 (4) กลุ่มที่ 4 กลุ่มติดบ้าน: ADL=0-4 คะแนน และ TAI=I1,I2
MNA	Mini Nutritional Assessment (MNA)

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
	เป็นการคัดกรองภาวะโภชนาการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ MNA (Short form) เป็นการคัดกรอง 7 ข้อ ผลการประเมิน คือ (1) ขนาดสารอาหาร (0-7 คะแนน) (2) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน) (3) โภชนาการปกติ (12-14 คะแนน) และหากคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน MNA (Full form) 12 ข้อ แปลผลโดยนำคะแนนคัดกรอง รวมกับคะแนนประเมิน ผลการประเมิน 3 ระดับ ประกอบด้วย (1) ขนาดสารอาหาร (น้อยกว่า 7คะแนน) (2) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (17-23.5 คะแนน) (3) โภชนาการปกติ (24-30 คะแนน)
FRAX score 	Fracture Risk Assessment Tool (FRAX score) เป็นประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก/โรคกระดูกพรุน วิธีการคำนวณ และแปลผล ได้ที่ https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=th
Timed Up and Go test	TUG (Timed Up and Go test) เป็นการประเมินความสามารถในการเดิน (Walking ability) และความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall risk) ของผู้สูงอายุ ผลการประเมินจับเวลาการทดสอบ หากใช้เวลา มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หรือ ทำไม่ได้ ถือว่า มีความเสี่ยงหกล้ม
ประวัติหกล้ม	เป็นการประเมินประสบการณ์ เคยได้รับอุบัติเหตุหกล้มหรือไม่ และจำนวนครั้งของการหกล้ม
ภาวะซึมเศร้า	เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามถึงอาการเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยแบบประเมิน (1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลการประเมิน ถ้าตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่า เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นภาวะซึมเศร้า และควรประเมินต่อด้วย 9Q (2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 4 ระดับ ประกอบด้วย (1) ไม่มีอาการ/ระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) (2) ระดับน้อย (7-12 คะแนน) (3) ระดับปานกลาง (13-18คะแนน) (4) ระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน)
ปริชาน/สมรรถภาพสมอง	การประเมินสมรรถภาพสมอง เป็นการคัดกรองและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง ส่วนปริชาน/การรู้คิด ที่มีผลและเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง ในหลายด้าน หรือการรู้คิดบกพร่อง หรือความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย (1) (Mini-Mental State Examination –Thai version, MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ประเมินผลตามจุดตัดคะแนนตามระดับการศึกษา ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด แปลผลว่า สงสัยว่ามีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองส่วนการรู้คิด (2) The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นแบบทดสอบประเมินการทำงานของสมองในแต่ละด้านและคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสมองเสื่อมในระยะแรกหรือผู้ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairments: MCI) ประเมินประเมินผลตามจุดตัดคะแนน และสามารถเพิ่มให้ 1คะแนน กรณีระดับการศึกษาน้อยกว่า ป.6 ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด แปลผลว่า ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองส่วนการรู้คิด สงสัยว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือมีภาวะสมองเสื่อม

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำไปใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม										
	(3) Mini Cog เป็นแบบคัดกรองสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ประเมินประเมินผลตามจุดตัดคะแนน ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด แปลผลว่า สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (4) Functional Assessment Staging Test (FAST) Scale เพื่อประเมินระยะของโรคสมองเสื่อม ระยะท้าย หมายเหตุ: สามารถค้นคว้าได้จาก เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (อารดา โรจนอุดม ศาสตร์, เกษญา เขียวขจี, และทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2564)										
ระยะของภาวะสมองเสื่อม	การแบ่งระยะภาวะสมองเสื่อม สามารถพิจารณาได้จากอาการและอาการแสดง การประเมินระยะ ในเบื้องต้นสามารถประเมินได้จาก 1. MMSE-Thai 2002 ร่วมกับ 2. FAST Scale (Functional Assessment Staging Test) หรือ ตามการประเมินอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยอาจแบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะที่ 1 ระยะที่มีความรุนแรงน้อยหรือไม่รุนแรง (mild dementia) (2) ระยะที่ 2 ระยะที่มีความรุนแรงปานกลาง (moderate dementia) และ (3) ระยะที่ 3 ระยะที่มีความรุนแรงมาก (severe dementia)										
3. ประวัติการใช้ยา	ข้อมูลส่วนนี้เป็นการตรวจสอบยาและปัญหาการใช้ยา										
ยา	ยา วิตามิน สมุนไพรทั้งหมดที่ใช้เป็นประจำทุกชนิด รวมทั้งยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และรวมถึงที่ซื้อเอง										
ประวัติแพ้ยา	ชนิด/กลุ่มยาที่แพ้ ลักษณะอาการที่ปรากฏ										
4. ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	ข้อมูลในส่วนนี้รายละเอียดส่วนหนึ่งมาจาก <i>ระบบ LTC</i> ของกรมอนามัย และมีการเพิ่มเติมข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อย ดังนั้นในการบันทึกข้อมูล ควรพิจารณา ปัญหาแต่ละด้านและตัวเลือก ที่สอดคล้องกับปัญหาให้ครอบคลุมกลุ่มปัญหาสมองเสื่อม มีดังนี้ (1) ปัญหาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม <table border="1"> <tbody> <tr> <td>ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม</td><td> ☐ ไม่เคยรู้จัก ☐ เคยได้ยิน ☐ ทราบเบื้องต้น ☐ มีความรู้โดยละเอียด ☐ อื่นๆ (ระบุ.....) </td></tr> <tr> <td>กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน</td><td> ☐ กินเองไม่ได้ ☐ ล้างหน้า/แปรงฟันไม่ได้ ☐ แต่งตัวเองไม่ได้ ☐ ลูกจากเตียงไม่ได้ ☐ อาบน้ำเองไม่ได้ ☐ ขับถ่ายไม่เป็นที่ ☐ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ☐ เดินเองไม่ได้ ☐ ขึ้นลงบันไดไม่ได้ </td></tr> <tr> <td>กิจวัตรประจำวันซับซ้อน (กรณีเคยทำได้มาก่อนแล้ว เมื่อเจ็บป่วยทำไม่ได้)</td><td> ☐ ซื่อของตัวเองไม่ได้ ☐ ทำงานบ้านไม่ได้ ☐ จัดการเงินเองไม่ได้ ☐ ทำอาหารไม่ได้ ☐ ใช้โทรศัพท์ไม่ได้ ☐ ใช้บริการรถสาธารณะ/ขับรถไม่ได้ ☐ การซักผ้าไม่ได้ ☐ อื่นๆ (ระบุ.....) </td></tr> <tr> <td>กิจกรรมทางกาย</td><td> ☐ นั่งทั้งวันเป็นส่วนใหญ่ ☐ มีกิจกรรมทางกาย (ทำงานบ้านบ้าง) ☐ ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ </td></tr> <tr> <td>โรคประจำตัว/ปัญหาที่พบบ่อย</td><td> ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไขข้ออักเสบ ☐ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคกระดูกพรุน ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม ☐ ท้องผูก ☐ ปัญหาการมองเห็น ☐ มีปัญหาการได้ยิน ☐ อื่นๆ (ระบุ.....) </td></tr> </tbody> </table>	ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม	☐ ไม่เคยรู้จัก ☐ เคยได้ยิน ☐ ทราบเบื้องต้น ☐ มีความรู้โดยละเอียด ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)	กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	☐ กินเองไม่ได้ ☐ ล้างหน้า/แปรงฟันไม่ได้ ☐ แต่งตัวเองไม่ได้ ☐ ลูกจากเตียงไม่ได้ ☐ อาบน้ำเองไม่ได้ ☐ ขับถ่ายไม่เป็นที่ ☐ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ☐ เดินเองไม่ได้ ☐ ขึ้นลงบันไดไม่ได้	กิจวัตรประจำวันซับซ้อน (กรณีเคยทำได้มาก่อนแล้ว เมื่อเจ็บป่วยทำไม่ได้)	☐ ซื่อของตัวเองไม่ได้ ☐ ทำงานบ้านไม่ได้ ☐ จัดการเงินเองไม่ได้ ☐ ทำอาหารไม่ได้ ☐ ใช้โทรศัพท์ไม่ได้ ☐ ใช้บริการรถสาธารณะ/ขับรถไม่ได้ ☐ การซักผ้าไม่ได้ ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)	กิจกรรมทางกาย	☐ นั่งทั้งวันเป็นส่วนใหญ่ ☐ มีกิจกรรมทางกาย (ทำงานบ้านบ้าง) ☐ ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ	โรคประจำตัว/ปัญหาที่พบบ่อย	☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไขข้ออักเสบ ☐ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคกระดูกพรุน ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม ☐ ท้องผูก ☐ ปัญหาการมองเห็น ☐ มีปัญหาการได้ยิน ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)
ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม	☐ ไม่เคยรู้จัก ☐ เคยได้ยิน ☐ ทราบเบื้องต้น ☐ มีความรู้โดยละเอียด ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)										
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	☐ กินเองไม่ได้ ☐ ล้างหน้า/แปรงฟันไม่ได้ ☐ แต่งตัวเองไม่ได้ ☐ ลูกจากเตียงไม่ได้ ☐ อาบน้ำเองไม่ได้ ☐ ขับถ่ายไม่เป็นที่ ☐ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ☐ เดินเองไม่ได้ ☐ ขึ้นลงบันไดไม่ได้										
กิจวัตรประจำวันซับซ้อน (กรณีเคยทำได้มาก่อนแล้ว เมื่อเจ็บป่วยทำไม่ได้)	☐ ซื่อของตัวเองไม่ได้ ☐ ทำงานบ้านไม่ได้ ☐ จัดการเงินเองไม่ได้ ☐ ทำอาหารไม่ได้ ☐ ใช้โทรศัพท์ไม่ได้ ☐ ใช้บริการรถสาธารณะ/ขับรถไม่ได้ ☐ การซักผ้าไม่ได้ ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)										
กิจกรรมทางกาย	☐ นั่งทั้งวันเป็นส่วนใหญ่ ☐ มีกิจกรรมทางกาย (ทำงานบ้านบ้าง) ☐ ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ										
โรคประจำตัว/ปัญหาที่พบบ่อย	☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไขข้ออักเสบ ☐ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคกระดูกพรุน ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม ☐ ท้องผูก ☐ ปัญหาการมองเห็น ☐ มีปัญหาการได้ยิน ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)										

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม	
	กลุ่มอาการผู้สูงอายุ	☐ มีปัญหาการนอนหลับและง่วง อ่อนเพลียกลางวัน ☐ รู้สึกหุดหู่ หรือเบื่อใน 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ☐ หกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ☐ ปัสสาวะเล็ด/ราดจนเกิดปัญหาในการชีวิตประจำวัน ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ ท้องผูก ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	ภาวะโภชนาการ	สุขภาพช่องปาก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ กินอาหารน้อยลง ☐ กลืนลำบาก ☐ สำลักน้ำ/อาหาร ☐ น้ำหนักลดลง >3 kg ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ☐ กินอาหารแล้วขอกินอีก ☐ ขอกินอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคประจำตัว ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	ปัญหาการใช้ยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ ☐ ลืมกินยา ☐ ไม่กินยา ☐ ผลข้างเคียงยา ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	ปรีชา / การรู้คิด	☐ การรับรู้มิติสัมพันธ์ ☐ การวางแผนตัดสินใจ ☐ การสื่อสาร ☐ ความใส่ใจ ☐ เข้าสังคม ☐ หลงลืม ☐ ปัญหาความจำ ☐ ปัญหาการสื่อสาร ☐ พุดถามซ้ำๆ ☐ ไม่เข้าใจภาษา ☐ ความจำระยะสั้นแย่งลง ☐ หลงทาง ☐ จำผู้ดูแลคนใกล้ชิดไม่ได้ ☐ ตัดสินใจไม่ได้ ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	พฤติกรรมผิดปกติ	☐ เดินแบบไร้จุดหมาย ☐ กระวนกระวาย ☐ ก้าวร้าว ☐ ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ☐ ไม่อยากอาหาร ☐ หลงผิด ☐ หลงทาง ☐ ปัญหาการนอน ☐ ประสาทหลอน ☐ ทำร้ายตนเอง ☐ ทำร้ายผู้อื่น ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	อารมณ์ผิดปกติ	☐ ซึมเศร้า ☐ วิตกกังวล ☐ เฉยชา ☐ นอนไม่หลับ ☐ อารมณ์แปรปรวน ☐ ไร้อารมณ์ ☐ ไม่กล้าเข้าสังคม ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	จิตวิญญาณ	ศาสนาที่นับถือ ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ ไม่มี ☐ อื่นๆ (ระบุ.....) กิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่ทำประจำ ☐ สวดมนต์ ☐ นั่งสมาธิ ☐ ใส่บาตร/ทำบุญ ☐ ไปวัด/โบสถ์/มัสยิด ☐ ไม่มี ☐ อื่นๆ (ระบุ.....) สิ่งที่เป็นความหวัง/ความต้องการในชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
	กิจกรรมสร้างสุข	งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำ เป็นประจำ/ทำแล้วมีความสุข ☐ ไม่มี ☐ ดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุ ☐ อ่านหนังสือ ☐ ทำสวน ☐ เลี้ยงสัตว์ ☐ งานศิลปะ ☐ สวดมนต์/นั่งสมาธิ ☐ กิจกรรมร่วมกับครอบครัว ☐ สังสรรค์/พบปะผู้คน ☐ ท่องเที่ยว ☐ อื่นๆ (ระบุ...) กิจกรรมที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยากทำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
	การเงิน	☐ รายได้ไม่เพียงพอ ☐ หนี้สิน ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	กฎหมาย และสวัสดิการ	☐ ถูกหลอกทำธุรกรรม ☐ ไม่มีพินัยกรรม ☐ ไม่มีพินัยกรรมชีวิต ☐ กรณีมีสิทธิ แต่ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ กรณีมีสิทธิแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ ☐ อื่นๆ (ระบุ...)

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม	
	สิ่งแวดล้อม/ ความปลอดภัย ในบ้าน-นอก บ้าน	☐ ที่พักไม่เหมาะสม ☐ ไม่มีเตียง/นอนพื้น ☐ ไม่มีห้องน้ำ ☐ พื้นต่างระดับ ☐ ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน ☐ แสงไม่สว่าง ☐ สิ่งของ/เครื่องใช้ วางเกะกะ/รก ☐ เกือบขยะ/ของที่ไม่จำเป็นอยู่ในบ้านมากเกินไป ☐ หกล้มในบ้านเป็นประจำ ระบุสถานที่ ☐ เกิดอุบัติเหตุ/สิ่งที่ไม่คาดคิดในบ้าน เช่น สลึมเปิดแก๊สจนไฟไหม้ รับประทาน น้ำยาล้างจาน ☐ ประตู/รั้วปิดไม่แน่นหนาจนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมออกไปได้ ☐ มีความเสี่ยง ระบุ.....
	ระบบการดูแล ที่ต้องการ	☐ ผู้ช่วยดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ☐ รถรับส่งไปโรงพยาบาล ☐ Day Care ☐ ส่งเสริมการทำกิจกรรม ☐ บริการฉุกเฉิน ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	(2) ปัญหาของผู้ดูแลและครอบครัว	
	การอยู่อาศัย ผู้ที่ มีภาวะสมอง เสื่อมอาศัยอยู่ กับ	☐ สามี/ภรรยา ☐ ลูก ☐ พี่/น้อง ☐ พ่อ/แม่ ☐ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่คนเดียว ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	สมาชิกใน ครอบครัว	จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน ☐ มีส่วนร่วมในการดูแล ☐ ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล
	ผู้ดูแล/ ครอบครัวมี ปัญหา	☐ สุขภาพกาย ☐ สุขภาพจิต ☐ ทำร้ายผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ☐ กักขังผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ☐ มี ภาระจากการดูแล
5. สรุปประเด็น ปัญหาที่ต้องการวางแผนการดูแล: ปัญหา ด้านสมรรถภาพ สมอง/ภาวะสมอง เสื่อม	การสรุปปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามหัวข้อ A-N (ตามแบบเดิม) หรือตามแนว ทางการดูแล 6 มิติสุขภาพ มี 18 ประเด็น (ฉบับปรับปรุง 2566) โดยระบุประเด็นปัญหาสำคัญๆ ใน แต่ละด้าน (ดูรายละเอียดดังในข้อ 7)	
6. แผนการดูแล รายบุคคลเพื่อใช้ใน การปฏิบัติงาน	ข้อมูลในส่วนนี้ มีรายละเอียดจากระบบ LTC ของ กรมอนามัยฯ	
แนวคิดต่อการ ดำรงชีวิตของ ผู้สูงอายุและ ครอบครัว	ผู้สูงอายุ	☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ ต้องการให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ ต้องการสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ ต้องการให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ ต้องการได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ☐ ต้องการช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่ เป็นอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ.)
	ผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ	☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินใน การดูแล

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม	
		☐ พาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.. ☐ รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☐ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม ☐ อื่นๆ (ระบุ..)
เป้าหมายการดำรงชีวิตระยะสั้น (น้อยกว่า 3 เดือน)	ผู้สูงอายุ	☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ดีขึ้น ☐ ควบคุมปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้ ☐ ลดภาระจากการดูแลของผู้ดูแล ☐ ได้รับการประเมินสุขภาพอย่างครบถ้วน ☐ อาการทางปรีชาน เช่น ความจำดีขึ้น ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (เดิน อาบน้ำ กินข้าว ขับถ่าย) ☐ ฟันฟูภาวะข้อ/กล้ามเนื้อให้คงสภาพดีขึ้น ☐ ประเมินและวัดการกลืน ☐ อาการหลงลืมดีขึ้น ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า/สมองเสื่อม ☐ แผลหาย ☐ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน/ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ☐ ไม่มีแผลกดทับ ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อ ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ☐ อื่นๆ (ระบุ..)
	ผู้ดูแลครอบครัว	☐ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ☐ ประสานบุคลากรในพื้นที่ ☐ การได้รับการช่วยเหลืออุปกรณ์การแพทย์ ☐ การได้รับการช่วยเหลือกายอุปกรณ์ ☐ อื่นๆ (ระบุ..)
แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว)	ผู้สูงอายุ	☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ☐ ไม่อยากให้มีผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อน ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☐ อยากอาศัยอยู่ในบ้านหรือที่พักอาศัยที่มีสิ่งแวดล้อมเหมาะสม ☐ อยากอาศัยอยู่ที่บ้านหรือชุมชนที่คุ้นเคย ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ มีอาชีพ/มีรายได้เพียงพอ/เพิ่มขึ้น ☐ ในระยะท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ☐ กินอาหารเองได้/ ขับถ่ายเองได้ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม	
		☐ ไม่เกิดแผลกดทับ ☐ ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพ/มีรายได้ ☐ มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น ☐ จากไปอย่างสงบ ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	ผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ	☐ สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ☐ มีอาชีพ/มีรายได้เพียงพอ/เพิ่มขึ้น ☐ สุขภาพกาย/ใจปกติ ไม่มีภาวะจากการดูแล ☐ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
บริการที่ นอกเหนือจากราย สัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของ ครอบครัวและ Informal)	บริการอื่นๆ	☐ ยอยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนผู้ดูแล ☐ ยอยากให้มีที่รับฝากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน (day care) ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ☐ รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ/สถานที่ต่างๆ ☐ บริการดูแลกรณีฉุกเฉิน ☐ ยอยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าได้รับอยู่ ระบุ..... ☐ ยอยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ ยอยากได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ยอยากปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
	กายอุปกรณ์/ อุปกรณ์ สนับสนุนการ ดูแล	☐ กระดานบริหารข้อเข่า ☐ กระดาษล้อเลื่อน ☐ รถเข็นนั่ง ☐ ดัมเบลยกน้ำหนัก ☐ ถูทรายถ่วงน้ำหนัก ☐ รอกเคลื่อนไหว ☐ ราวฝึก ☐ ยืน/เดิน ☐ เครื่องช่วยฟัง ☐ เตียงฝึกยืน ☐ แวนสายตา ☐ ไม้ค้ำยัน ☐ ไม้ ☐ ฝึกกำลังแขน ☐ ไม้ยืนนอน ☐ ไม้ช่วยพยุง ☐ อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	อุปกรณ์ทาง การแพทย์	☐ Syringe ☐ Urine bag ☐ ที่นอนลม ☐ เตียง ☐ สาย NG Tube ☐ สาย Urine Cath ☐ อุปกรณ์ช่วยอำปาก ☐ อุปกรณ์ ☐ ทำแผล ☐ เครื่องดูดเสมหะ ☐ เครื่องพ่นยา ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
กิจกรรมหลักในการ ดำรงชีวิตประจำวัน	☐ ตื่นนอน ☐ ล้างหน้า ☐ รับประทานยา ☐ ออกกำลังกาย ☐ เปลี่ยนผ้าอ้อม ☐ สวดมนต์ ☐ นอนหลับ ☐ ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานกลางวันเย็น โดย ☐ ญาติ ☐ CG ☐ ดูแลเตรียมยาให้ โดย ☐ ญาติ ☐ CG ☐ กายภาพบำบัด โดย ☐ ญาติ ☐ CG	
ข้อควรระวัง	ผู้สูงอายุ	☐ การกินอาหาร/สัปดาห์อาหาร ☐ พลาดตกหล่น ☐ ข้อติด/ข้อเท้าตกร ☐ ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นๆ/ฆ่าตัวตาย ☐ ทานยาผิดผลข้างเคียงจากยา/แพทย์ ☐ เดินหลงทาง ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
	ผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ	☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ ผู้สูงอายุทำร้ายผู้อื่น ☐ อื่นๆ (ระบุ...)
7. แผนการดูแล/ กิจกรรม/การ	แผนการดูแล/กิจกรรม/การช่วยเหลือ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว เป็น การระบุแผนการดูแลเพื่อจัดการปัญหาที่พบตาม ปัญหาที่พบ ตามแนวทางการดูแล 6 มิติสุขภาพ	

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำไปใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
ช่วยเหลือ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว	และใน 18 ประเด็น โดยระบุประเด็นปัญหาสำคัญ ในแต่ละด้าน (ดังในข้อ 5) โดยให้ระบุตามประเด็นปัญหา รายละเอียดปัญหาที่พบ กำหนดเป้าหมาย กำหนดรายละเอียด แผนการดูแล/กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลที่จำเป็น ความถี่ในการดำเนินการตามแผน (☐ ทำครั้งเดียว ☐ วันเว้นวัน ☐ ทุกๆ 2 ชั่วโมง ☐ วันละ..ครั้ง ☐ อาทิตย์ละ..ครั้ง ☐ เดือนละ..ครั้ง) รวมทั้งประเมินผลแผนการดูแล ดังนั้นในการบันทึกข้อมูล ควรพิจารณาแผนการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละด้านและตัวเลือกที่สอดคล้องกับปัญหา ดังนี้ (ตัวอย่างในคู่มือการวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ)
1. ด้านเป้าหมายการดูแลและความรู้	
G: Goal of care (เป้าหมายการดูแล)	การตั้งเป้าหมายต่อการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว อาจพบปัญหาไม่ทราบเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายผิด เช่น ต้องการให้หายจากโรค
K: Knowledge (ความรู้)	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการดำเนินโรคของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
2. ด้านร่างกาย	
C: Cognition/ Communication (ปรีชาญาณ/การสื่อสาร)	ปัญหาของปรีชาญาณที่บกพร่องลงในด้านต่างๆ เช่น ความจำ การรับรู้ทิศทาง และการวางแผน ปัญหาในการสื่อสาร และทักษะในการสื่อสารของผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะแรกหรือระยะรุนแรงน้อย: ความจำระยะสั้นแย่งลง สืบสิ่งของ ไม่มีสมาธิ ไม่ใส่ใจจดจ่อวางแผน/ตัดสินใจผิดพลาด นึกคำศัพท์ไม่ออก ระยะรุนแรงปานกลาง: ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวแย่งลง สืบประวัติตนเอง ตัดสินใจไม่สมเหตุสมผล ไม่เข้าใจภาษา ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด ระยะรุนแรงมาก: สูญเสียความจำระยะสั้นและระยะยาว ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ ไม่สามารถพูดเป็นภาษาที่เข้าใจได้
D: Diet (โภชนาการ)	ปัญหาด้านโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการทั้งได้รับอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม หรือไม่เหมาะสมกับโรคประจำตัว เช่น รับประทานอาหารมากเกินไป ก่อให้เกิดโรคอ้วน หรือน้อยเกินไป ทำให้ขาดสารอาหาร ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการสำลัก
D: Drug (ยา)	ยา วิตามิน สมุนไพรทั้งหมดที่ใช้เป็นประจำทุกชนิด ทั้งยาที่สั่งโดยแพทย์ และซื้อเอง รวมถึงประวัติการแพ้ยา ปัญหาการใช้ยา เช่น การได้รับยาไม่สม่ำเสมอ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาไม่เหมาะสม ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ
H: Health (สุขภาพ)	ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และภาวะนอนไม่หลับ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การตรวจคัดกรองโรค หรือการได้รับวัคซีน
I: Illness (การเจ็บป่วย/การใช้ยา)	ความเจ็บป่วยหรือปัญหา และสภาวะสุขภาพด้านต่างๆ เช่น โรคประจำตัว ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคที่พบบ่อย เช่น โรคกระดูกพรุน โรคข้อเข่าเสื่อม และปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยินที่ผิดปกติ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และภาวะนอนไม่หลับ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การตรวจคัดกรองโรค หรือการได้รับวัคซีน ด้านจิตใจ
3.ด้านจิตใจ	

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำไปใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
B: Behavioral & psychological symptoms of dementia (ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์)	ปัญหาหรืออาการด้านพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต เช่น อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด อาการกระสับกระส่ายหรือก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล อาการเฉยเมย การขาดความยับยั้งชั่งใจ การพูดหรือพฤติกรรมซ้ำๆ และการเดินเร่ร่อน ระยะแรกหรือระยะรุนแรงน้อย: มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เฉยเมย เดินเร่ร่อน พูดหรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ ระยะรุนแรงปานกลาง: พบปัญหาหลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว ปัญหาการนอน ระยะรุนแรงมาก: มีอาการนิ่งเฉย ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์
4.ด้านสังคม	
E: Environment (สิ่งแวดล้อม)	ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่อยู่อาศัย การเอื้อของสภาพแวดล้อมต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สิ่งกระตุ้นของสภาพแวดล้อมต่อปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต
F: Family & caregiver (ครอบครัวและผู้ดูแล)	ปัญหาทางสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ภาระจากการดูแล ปัญหาจากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่มีผู้สลับการดูแลกับผู้ดูแลหลัก รวมถึงผู้ดูแลไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
L: Legal (กฎหมาย/สวัสดิการ)	ปัญหาทางกฎหมายทั้งทางแพ่ง และทางอาญา สิทธิที่ควรได้รับ ความเสียหายจากการบริหารทรัพย์สินโดนลักขโมย การตั้งผู้ดูแลเป็นผู้อนุบาลโดยได้รับอนุญาตจากศาลสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะความรุนแรงปานกลาง (Moderate dementia) และระยะรุนแรงมาก (Severe dementia)
M: Management (การบริหารจัดการ)	การขาดสิ่งสนับสนุนการดูแล เช่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ปัญหาการเงิน มีหนี้สิน ขาดแหล่งสนับสนุนทางการเงิน
N: Network (เครือข่าย/ระบบ การดูแล)	การขาดระบบสนับสนุนการดูแล เช่นการขาดรถรับ-ส่ง ไปสถานที่ต่างๆ ขาดคนช่วยเหลือดูแลคอยผลัดเปลี่ยนกับผู้ดูแล และไม่มีเครือข่ายในชุมชนที่ช่วยในการดูแล
5.ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ	
A: ADLs & physical activities (กิจวัตรประจำวัน/กิจกรรมทางกาย)	ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การกลืนปัสสาวะ การกลืนอาหาร และปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การซื้อของ การทำงานบ้าน การจัดการการเงินเอง การทำอาหาร และปัญหาการไม่มีกิจกรรมทางกาย เช่นนั่ง整天วันไม่ค่อยลุกทำกิจกรรม และการขาดการออกกำลังกาย
H: Happiness activities (กิจกรรมสร้างสุข)	การไม่มีกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำกิจกรรมแล้วมีความสุข ชอบทำ หรือสนใจ
6.ด้านจิตวิญญาณ	
J: Joy & Join Joyful activities of spiritual health & Join social activities	สิ่งที่เป็นความเชื่อ สิ่งที่มีคุณค่าที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนับถือ ศรัทธา หรือหลักการทางศาสนาที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมปฏิบัติเพื่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

หัวข้อ	แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
(กิจกรรมด้านจิต วิญญาณ)	

แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ในคลินิกผู้สูงอายุและการเชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

1. ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System; CDC system) จะมีการดำเนินการใน 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก 2) ระบบการวินิจฉัย (การคัดกลุ่ม) และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง โดย 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก เป็นการดำเนินการคัดกรองโดยอาสาสมัครในชุมชน (ใช้เครื่องมือคัดกรอง) และมีการประเมินสมรรถภาพสมองโดยบุคลากรสุขภาพ (ใช้เครื่องมือมาตรฐาน) ซึ่งจะสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีสมรรถภาพสมองปกติ กลุ่มที่มีปัญหาคognitive impairment: MCI) และกลุ่มสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้จะมีการส่งต่อไปยัง 2) ระบบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกรณีที่เป็นโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ จะการประเมินสมรรถภาพสมองซ้ำโดยบุคลากรสุขภาพ และเป็นจุดวินิจฉัยเบื้องต้น (primary diagnosis) หรือประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมกับคลินิกเฉพาะทางที่มีศักยภาพในระบบบริการที่เกี่ยวข้อง ตามรูปแบบการวินิจฉัยแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น (แบบ on-site และ/หรือ online หรือ tele-medicine) และมีการส่งต่อสู่ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะมีการจัดทำแผนการดูแลรายกลุ่มและ/หรือรายบุคคล สำหรับ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีสมรรถภาพสมองปกติ (Brain exercise) กลุ่มที่มีปัญหาคognitive impairment: MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ (Brain care) ต่อไป โดยกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ จะมีการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบรายบุคคล (Dementia care plan) เชื่อมกับระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) ของประเทศไทย เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน หรือมีภาวะสมองเสื่อม มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) โดยบริการด้านสาธารณสุข มักเป็นการพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่บริการด้านสังคม มีการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มุ่งให้ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมุ่งให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

2. สำหรับพื้นที่ที่ไม่ได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จากนโยบายในปี พ.ศ. 2566 ให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับของประเทศไทย โดยมีแนวทางการดำเนินการคัดกรองปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุใน 9 ด้าน รวมถึงประเด็นภาวะสมองเสื่อมด้วย เป็น

การคัดกรองเบื้องต้นโดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองที่หน่วยงานสาธารณสุขกำหนด กรณีพบมีความเสี่ยงหรือสงสัยภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการดูแลจนครบวงจร และในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะมีการวางแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมเฉพาะรายอย่างเหมาะสมโดยคลินิกผู้สูงอายุที่มีการบริการทั้งแบบเชิงรับ (ในที่ตั้ง) และหรือแบบเชิงรุกในชุมชน (เคลื่อนที่) ต่อไป และเนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว จึงต้องมีการดำเนินการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม ที่เชื่อมต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนด้วย

3. การจัดทำและนำใช้แผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan: CP) ที่ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพ หรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager) หรือ ผู้จัดการดูแล (Care manager: CM) มีบทบาทในการค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมมีการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ที่ได้มอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การกำกับติดตามและสรุปประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับการบริการ โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมารับการฝึกอบรมและได้รับคำตอบอย่างเป็นทางการ เป็นผู้ทำบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมกระตุ้น/ ฟันฟุสมอง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การใช้อุปกรณ์ช่วยการหายใจ เครื่องดูดเสมหะ การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น และการดูแลระยะท้าย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน

แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครในชุมชน ตามเป้าหมายการดูแลภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ ดังตารางที่ 7 และตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย ดังตารางที่ 8 ซึ่ง DCM สามารถออกแบบหรือวางแผนการดูแลตามระยะปัญหาที่พบให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลรายบุคคลนั้นได้

ตารางที่ 7 แนวทางการจัดทำและนำใช้ แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามเป้าหมายการดูแลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม)

ระยะภาวะสมองเสื่อม	เป้าหมายการดูแล
ระยะที่ 1 ระยะรุนแรงน้อย	
เริ่มมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ๆ หรือลืมสิ่งที่ตั้งใจจะทำ เช่น หาของไม่เจอ จำไม่ได้ว่าวางไว้ที่ไหน จำชื่อ/สถานที่คุ้นเคยไม่ได้	- ป้องกัน/ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม - มีความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม - สามารถสังเกตอาการ/ความผิดปกติที่เกิดขึ้น

ระยะภาวะสมองเสื่อม	เป้าหมายการดูแล
- จำเรื่องราวในอดีตได้ดี - เริ่มมีผลกระทบกับงาน/การเข้าสังคมเล็กน้อย - ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันเองได้	- ส่งเสริมศักยภาพสมองด้วยกิจกรรมฝึกสมอง - คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
ระยะที่ 2 ระยะรุนแรงปานกลาง	
- เริ่มมีปัญหาการรับรู้วันและเวลา - ความจำเริ่มเสื่อมลงมากขึ้น - เรียนรู้ แก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้ยากลำบากมากขึ้น - ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง/ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ - พบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น หลงผิด หลงลืม ประสาทหลอนได้	- ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม - ติดตามเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง - ฟื้นฟู/ชะลอการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง - ส่งเสริมศักยภาพสมองด้วยกิจกรรมกระตุ้นสมอง - ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย
ระยะที่ 3 ระยะรุนแรงมาก/ระยะท้าย	
- ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันได้ - จำผู้ดูแล/คนใกล้ชิดไม่ได้ อาจไม่รู้จักรักตนเอง - เคลื่อนไหวช้าลงหรือลำบากมากขึ้น - พูดลิ้นรัว พูดไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้าใจภาษา - ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน - ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ - มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ สับสนกระวนกระวาย ตอนกลางคืน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เหยิบและแยกตัว	- เน้นการรักษาบำบัดบรรเทาอาการ รักษาความปลอดภัยแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - ส่งเสริมความสบาย (comfort) ให้แก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - ดูแลรักษาแบบประคับประคองบรรเทาอาการในผู้ที่มีระยะรุนแรงอย่างมาก - เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อน ที่อาจเป็นอันตราย ต่อชีวิต

หมายเหตุ: เป้าหมาย การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเป้าหมายแตกต่างกันตามลักษณะอาการและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ รวมถึงการดูแลกรณีมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม

ตารางที่ 8 แนวทางการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย)

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทาง 5อ-3ส-1ย)	
อ1. อาหาร	- จัดเตรียมอาหารให้มีสารอาหารครบ 5 หมู่ หลากประเภท/ลักษณะ ปริมาณเพียงพอ ครบทั้ง 3 มื้อ เหมาะสมกับโรค และดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว - จัดตารางการรับประทานอาหาร ให้เหมาะสมกับกิจวัตรอื่น ต้องใช้เวลา ไม่รีบเร่ง ดึงเครียด - ลดสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจระหว่างมื้ออาหาร เช่น ปิควิทยุ โทรศัพท์ - จัดกิจกรรมให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่าที่ทำได้
อ.2 นอนมัย	- จัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ เป็นแบบแผน กำหนดเป็นช่วงเวลา ทำด้วยวิธีการเดิมๆ ซ้ำๆ กัน - จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ คืนเคย สะดวก ไม่สลับซับซ้อน - ดูแลสุขอนามัย ความสะอาดของร่างกาย - จัดหาเสื้อผ้าที่สะดวกในการสวมใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เลือกและสวมใส่ด้วยตนเอง
อ.3 ออกกำลังกาย	- ออกกำลังกาย ตามสภาพร่างกายและความสามารถ หรือทำเท่าที่ทำได้ง่าย ๆ - ให้โอกาสช่วยเหลือตนเองทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน/การเคลื่อนไหวร่างกาย เท่าที่ทำได้ - สนับสนุนให้ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม - หลีกเลี่ยง ไม่กระตุ้นหรือพยายามฝืนให้ทำกิจกรรมมากเกินไป อาจทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสียได้

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทาง 5อ-3ส-1ย)	
อ.4 อารมณ์	• พูดคุยด้วยน้ำเสียงดังชัดเจน นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่ตะโกนเสียงดัง แสดงความเคารพในความสูงอายุ • พูดคุยเป็นประจำ สม่ำเสมอ อธิบายสั้นๆว่ากำลังจะทำอะไร บอกทีละขั้นตอนช้าๆ • ใช้คำพูดเชิญชวนหากต้องการให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำตาม ห้ามใช้คำพูดเชิงออกคำสั่ง • สอบถามความรู้สึก ความต้องการเป็นระยะๆ และรอหรือให้เวลาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพูดตอบ หรือตอบสนอง • ไม่วิพากษ์ วิจารณ์ การบ่น การดุด่าว่ากล่าว หรือคำพูดในแง่ลบต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม • ชวนทำกิจกรรมที่ชอบ ฟังพอใจ เพื่อผ่อนคลายและมีความสุข • สนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว
อ.5 อุจจาระ	• การดูแลสุขวิทยา ก่อนและหลังการขับถ่าย • การกำหนดช่วงเวลาในการขับถ่ายในแต่ละวัน • การพาเข้าห้องน้ำเป็นกิจวัตรทุกวัน • การดูแลป้องกันปัญหาท้องผูก กรณีท้องผูก จำเป็นต้องหาวิธีช่วยเหลือ เช่น การสวนอุจจาระ • ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย • หลีกเลี่ยงการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา หากจำเป็น ควรสังเกตผิวหนังบริเวณขับถ่าย การอักเสบติดเชื้อ
ส.1 สมอง	• จัดให้มีสิ่งกระตุ้นเตือนการรับรู้ เช่น นาฬิกา ปฏิทิน รูปภาพเก่าๆ • ให้ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟีกคำนวณ เล่นดนตรี เล่นเกมส์ การเย็บปัก ถักร้อย (ถ้าทำได้) การวาดรูป • จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร การรับรู้ และการเคลื่อนไหว เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้าค้ำยัน
ส.2 สิ่งแวดล้อม	• จัดสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง • ตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัย ที่อาจทำให้ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม • ปรับให้มีความปลอดภัย เช่น พื้นบ้าน แสงสว่าง ห้องน้ำ และทางเดินทั้งในบ้านและนอกบ้าน • ไม่ปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่หรือบ้านเฟอร์นิเจอร์ เครื่องเรือนในบ้านบ่อยๆ • พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อให้รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน โดยดูแลอย่างใกล้ชิด • ระมัดระวังหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เป็นอันตราย หรือพลัดหลง
ส.3 สิทธิ	• แนะนำ/หาความรู้เรื่องสิทธิของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ • สิทธิในการรับบริการสุขภาพและบริการสังคม • แหล่งให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ • ปัญหาทางกฎหมายที่ต้องรู้ อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น ปัญหาทางคดีแพ่ง และปัญหาทางคดีอาญา
ย.1 การใช้ยา	• การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีมีโรคประจำตัว • ให้อาหารถูกขนาด ถูกวิธีการ ตามคำสั่งการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา • การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ให้คำแนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา

สรุป

แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Plan) ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสุขภาพ (ตามแนวทางการดูแล 6 มิติ ใน 18 ประเด็น) และ 2) แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย) ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรสุขภาพ/ผู้จัดการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager: DCM) ในการจัดทำและนำใช้แผนการดูแล

โดยร่วมกับทีมการดูแลสหสาขาวิชาชีพ และการมอบหมายความรับผิดชอบบางส่วนแก่ทีมอาสาสมัครในชุมชน อาทิ ผู้ช่วยเหลือดูแล (caregivers: CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ/หรือจิตอาสาอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลในชุมชน สำหรับบุคลากรสุขภาพ และสำหรับอาสาสมัครในชุมชน ที่ได้มีการบูรณาการแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมกับแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ในระบบการดูแลระยะยาว โดยเพิ่มประเด็นความเฉพาะทางในการดูแลภาวะสมองเสื่อม ในภาพรวมและตามระยะของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้สามารถนำใช้ระบบบันทึกบนแพลตฟอร์มของระบบการดูแลระยะยาวที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้รับผิดชอบในการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม ควรศึกษาข้อแนะนำในการจัดทำและนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการใช้งานแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสุขภาพ (ตามแนวทางการดูแล 6 มิติ ใน 18 ประเด็น) และสำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย) ซึ่งบุคลากรสุขภาพ และอาสาสมัครในชุมชน ที่นำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลภาวะสมองเสื่อมที่จัดโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือโดยองค์กรวิชาการหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับคู่มือจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพ ⁽³⁴⁾ ตลอดจนเอกสารคู่มืออื่นๆ เช่น คู่มือการคัดกรองผู้สูงอายุ คู่มือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ⁽³⁵⁾ หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมและสามารถจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น ในการจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอีกหนึ่งภารกิจของ อปท.ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ.2542) ^[24] หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการรับการถ่ายโอนภารกิจ กระทรวงมหาดไทยจะกำหนดแนวทางและรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ดำเนินการรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยอบจ.ในพื้นที่ต้องจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อบริหารการถ่ายโอนสอ. และรพ.สต.

หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการรับถ่ายโอนภารกิจมีการทำงานด้านสุขภาพที่เข้มข้นมากขึ้น โดยกระทรวงมหาดไทยจะมีการซักซ้อมแนวทางในเรื่อง การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กสพ.) แผนนี้จะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ต่างๆโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับโอนภารกิจแล้ว จะต้องมีการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข ผ่านกลไกของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่(กสพ.) ซึ่งพื้นที่ต้องมีงานแผนโครงการรองรับและเรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงมีแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุต่างๆก็จะมีรายละเอียดที่จะเป็นแนวทางให้ทางท้องถิ่นมีการขับเคลื่อนโดย แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีการกำหนดให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นดำเนินการพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

ให้สอดคล้องกับระเบียบกระทรวงมหาดไทยที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
2. การควบคุมโรคติดต่อ
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
6. การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย

การขับเคลื่อนในรูปแบบของท้องถิ่นหรือแบบของกระทรวงมหาดไทย จะใช้กลไกในการขับเคลื่อนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะใช้กลไกการทำงาน 3 5 7 3 ในการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลไกการทำงาน 3 5 7 ประกอบด้วย

- 3 ได้แก่ พื้นที่/ชุมชน จังหวัด สู่ระดับประเทศ
- 5 กลไก ได้แก่ ประสานงานภาคีเครือข่าย บูรณาการแผน ติดตามประเมินผล การจัดการความรู้ และสื่อสารสังคม
- 7 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาครัฐราชการ ภาคผู้นำศาสนา ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน

2. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ^[25]

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ได้รับการจัดตั้งขึ้นหลังจากที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และให้นายกองการบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใน กสพ.ที่มีใช้กรรมการโดยตำแหน่ง องค์ประกอบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ประกอบด้วยบุคลากร ดังนี้

องค์ประกอบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)		
ที่ปรึกษา :	ผู้ว่าราชการจังหวัด	
ประธาน	นายก อบจ.	โครงสร้าง
รองประธาน	นพ.สาธารณสุขจังหวัด	
กรรมการ	ท้องถิ่นจังหวัด	
	1. ผู้แทน อปท. ไม่เกิน 5 คน	จำนวน 26 คน
	2. ผู้แทน สปสช. สาขาเขต 1 คน	
	3.1 ผู้แทน รพศ. 1 คน	ลำดับ 1-9 มีวาระครั้งละ 4 ปี
	3.2 ผู้แทน รพท./รพช. 1 คน	
	4. ผู้แทน สสอ. 1 คน	อาจแต่งตั้งเครือข่ายสุขภาพเพิ่มเติมได้
	5. ผู้แทน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไม่เกิน 3 คน	นายก อบจ. ออกคำสั่งแต่งตั้ง ลำดับที่ 1-9
	6. ผู้แทน วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข 1 คน	
	7. ผู้แทน ภาคประชาชน ไม่เกิน 5 คน	
	8. ผู้ทรงคุณวุฒิ/นวก.บริหารงานสาธารณสุข 1 คน	กองสาธารณสุขฯ อบจ.เป็นสำนักเลขานุการ
	9. ประธาน อสม.จังหวัด	
เลขานุการ :	ปลัด อบจ.	
ผู้ช่วยเลขานุการ :	ผอ.กองสาธารณสุข อบจ. และหัวหน้ายุทธศาสตร์ฯ สสจ.	

(2)ที่มา : เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมอปท.ครั้งที่ 2 วันที่ 1 มีนาคม 2567

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)^[25] มีรายละเอียดดังนี้

1. การถ่ายโอนงานด้านสุขภาพจะถ่ายโอนไปยังคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัด หรือจัดให้มีเขตพื้นที่การถ่ายโอนที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น

2. กำหนดนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่และแผนความต้องการทรัพยากร รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข กำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ

3. พิจารณาการถ่ายโอนภารกิจที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ในท้องถิ่นโดยโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เช่น งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานป้องกันโรคบางเรื่องรวมทั้งงานรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสภาพอย่างง่ายและงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

3. แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

(1)แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นแผนงานที่แสดงถึงทิศทางการพัฒนางานทางด้านสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรช นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการของประชาชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์การ

พัฒนาสุขภาพจังหวัด แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสาธารณสุขและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) หรือแผนด้านสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

4. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ต้องขึ้น ตามบทบัญญัติใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 18(4) (8) (9)และมาตรา 47 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ร่วมกับ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ กรุงเทพมหานคร ร่วมสมทบงบประมาณจัดให้มี กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร พร้อมทั้งตั้งคณะกรรมการกองทุนฯ ทำหน้าที่พิจารณาโครงการและกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์

สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งที่บ้านในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เช่น

- การสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็กในชุมชน
- การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ คนอ้วน ฯลฯ
- การป้องกันโรคติดต่อระบาดในพื้นที่
- การจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ให้ได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องในระยะยาวที่บ้านได้
- การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ

ผู้ที่มีสิทธิ์ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ได้แก่

- หน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข
- องค์กร หรือกลุ่มประชาชน
- ศูนย์เด็กเล็ก หรือศูนย์ชื่ออื่นๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาและดูแลศูนย์เด็กเล็กในชุมชน
- ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ คนพิการ หรือศูนย์อื่นๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาและดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ
- ฯลฯ

บทสรุป

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเป็นการบูรณาการร่วมในระดับพื้นที่ (สามทีม) ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในระบบย่อย ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมีเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและดูแลกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และทีมชุมชน ร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน

ซึ่งในปัจจุบันได้มีการกระจายอำนาจและโอนย้ายให้กับท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีบทบาทสำคัญในประเด็นการคัดกรอง และการดูแลในชุมชน ซึ่งมีมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย กาย/สมอง จิต จิตวิญญาณ สังคม/เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการทำหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบกับ CDC system จะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องใน 2 ระบบย่อย คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่วนระบบการคัดกลุ่ม เพื่อวินิจฉัย ต้องสร้างความร่วมมือและประสานการส่งต่อมาที่สถานบริการสุขภาพในทุกระดับ

ระบบการคัดกรองคัดแยก ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อบจ. โดยทีมท้องถิ่นจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในกระบวนการนี้ ดังนี้

การคัดกรอง จะต้องทำความเข้าใจทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเชื่อมโยงของระบบในการจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาความจำ ซึ่งก็มีความต่อเนื่องในการทำงานด้านสุขภาพอยู่แล้ว ก่อนที่ระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต. จะย้ายไปสังกัดในส่วนท้องถิ่น การคัดกรอง 9 ด้าน ซึ่งในนั้นก็มีเรื่องของความจำร่วมด้วย ต้องบูรณาการทั้ง 2 ทีม คือ ทีมสุขภาพ และทีมท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรอง คัดแยก เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ ส่งต่อการคัดกลุ่ม และส่งมาดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การคัดแยก ดำเนินการโดยบุคลากรทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ที่ผ่านการฝึกฝนการใช้เครื่องมือการคัดแยก เช่น เครื่องมือ TGDS, TMSE, MMSE, MoCA เป็นต้น เมื่อพบกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมก็นำส่งการคัดกลุ่มที่คลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกเฉพาะทาง ในสถานบริการระดับสูงกว่า หรือตามแนวทางในระดับพื้นที่ ขึ้นกับบริบทของสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) สามารถเข้ารับบริการโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองได้ ทั้งในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหรือชุมชน ขึ้นกับแนวทางการดำเนินงานระดับพื้นที่

ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย บำบัดรักษา) สามารถดำเนินการผ่านระบบการส่งต่อ ทั้งส่งไปที่สถานบริการระดับสูงกว่า แบบมีคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกผู้สูงอายุ และส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัย และหรือ สถานบริการแบบไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ก็จะส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยในสถานบริการระดับสูงกว่าที่มีแพทย์เฉพาะทาง หรือตามแนวทางการส่งต่อระดับพื้นที่ที่กำหนด ผู้สูงอายุก็สามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึงทุกระดับ

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม โดยในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มปกติ) ทีมท้องถิ่น/ชุมชน สามารถให้ดำเนินการได้เลย ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงและร่วมกำหนดมาตรฐานในการพัฒนาสมรรถภาพสมองร่วมกับทีมท้องถิ่น ส่วนกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปรีชานบกพร่องเล็กน้อย) ที่ทำการคัดแยกด้วยเครื่องมือมาตรฐานและพบว่ามีปัญหาที่สามารถนำเข้าสู่โปรแกรมกระตุ้นสมองได้ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีการจัดบริการ (Health intervention) โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมก็สามารถเข้ารับการรักษาในระบบ LTC ที่มีการดำเนินการอยู่ ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล

ส่วนที่ 3

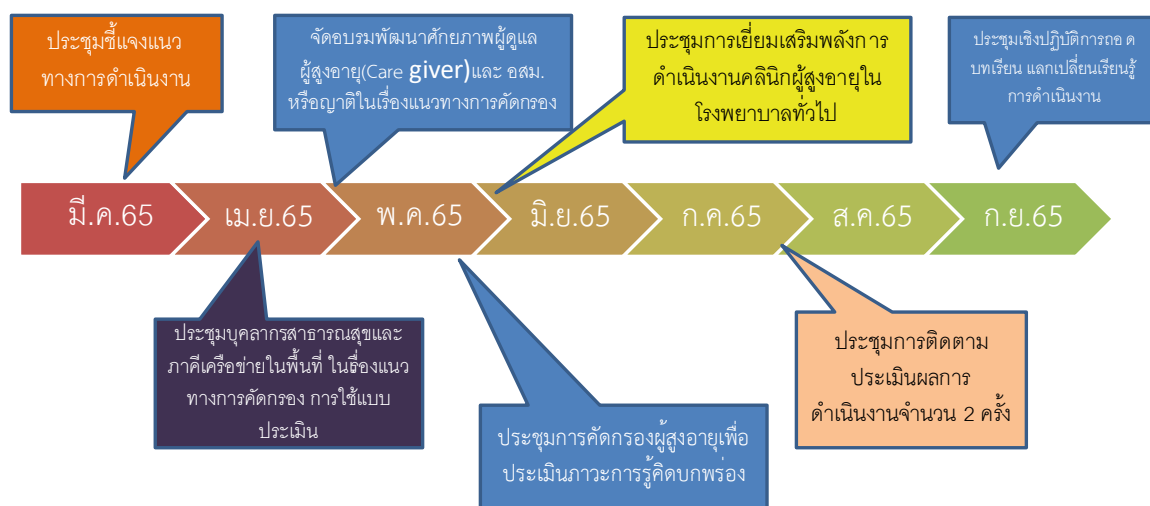
แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: พื้นที่ต้นแบบการบูรณาการภาคสุขภาพและท้องถิ่น

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร “พะเยาโมเดล”

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และเครือข่าย ร่วมมือกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ และโรงพยาบาลจุน ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เริ่มดำเนินการด้วยการลงพื้นที่ประเมินสถานการณ์และวางแผนร่วมกับทีมเครือข่ายสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และชุมชน ร่วมทั้งสถาบันการศึกษาในพื้นที่^[26,27]

การดำเนินงานในระยะที่ 1

การร่วมระดมสมองในการวางระบบการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อมภายใต้แนวทางการพัฒนาและจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system) และ การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีมบุคลากรในการดำเนินงาน ได้แก่ ทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ทีมสถาบันฯ และผู้เชี่ยวชาญ ลงพื้นที่ดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบอำเภอเมือง ที่ตำบลแม่ใส ดำเนินการโดยรพ.สต.แม่ใส และได้รับการสนับสนุนจากทีมท้องถิ่น คือ อบต.แม่ใส^[26] โดยสรุปตามแผนงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร “พะเยาโมเดล”



ภาพที่ 13 Time line การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดพะเยา

การดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) พื้นที่อำเภอเมือง

ในระยะต่อมาหลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกับทีมส่วนกลาง ทางโรงพยาบาลพะเยาได้นำสู่เตรียมดำเนินงานในเครือข่ายของโรงพยาบาลพะเยา โดยกำหนดวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม และ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลแม่ใส ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงาน CDC system

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
ขั้นเตรียมการ	1. ออกแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลพะเยา (CDC System Phayao Hospital) ด้วยชุดบริการ 3 ระบบด้วยกันคือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบดูแลต่อเนื่อง 2. ประชุมทีมร่วมดำเนินงาน เพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาอุปสรรค วิชาการความรู้ วิธีคัดกรองคัดแยก การบันทึกผล 3. จัดทำแบบรายงาน การส่งต่อ แผนการดูแลรักษา การประสานการดูแล การเปิดระบบให้คำปรึกษา การดูแลต่อเนื่องและร่วมวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อร่วมพัฒนา แบ่งเป็น - ครั้งที่ 1 กลุ่มภาคเครือข่ายชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตำบล แกนนำผู้สูงอายุและเครือข่าย (เวทีประชุมกองทุนสุขภาพตำบล) - ครั้งที่ 2 กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ คณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุ(ทีมสหวิชาชีพ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ความรู้โรคสมองเสื่อมเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิธีใช้แบบประเมินและทดลองใช้แบบประเมิน 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแยกรายหมู่บ้าน ให้ อสม.คัดกรอง 6. จัดช่องทางให้การให้คำปรึกษา (counseling) แก่บุคลากรเกี่ยวกับ การคัดกรอง ระบบการส่งต่อ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานหรือการร่วมแก้ปัญหา
ขั้นดำเนินการ	1. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับเครือข่ายชุมชนประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน นัดหมายผู้สูงอายุและญาติเข้าร่วมคัดกรอง อำนวยความสะดวกด้านสถานที่และการเดินทางของผู้สูงอายุ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. คัดกรอง แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบคัดกรอง 2 Q Plus, แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม ทีมสุขภาพตรวจสอบแบบประเมิน สรุปข้อมูลผลการคัดกรองคัดแยก 3. การวินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุ หรือคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ดังนี้

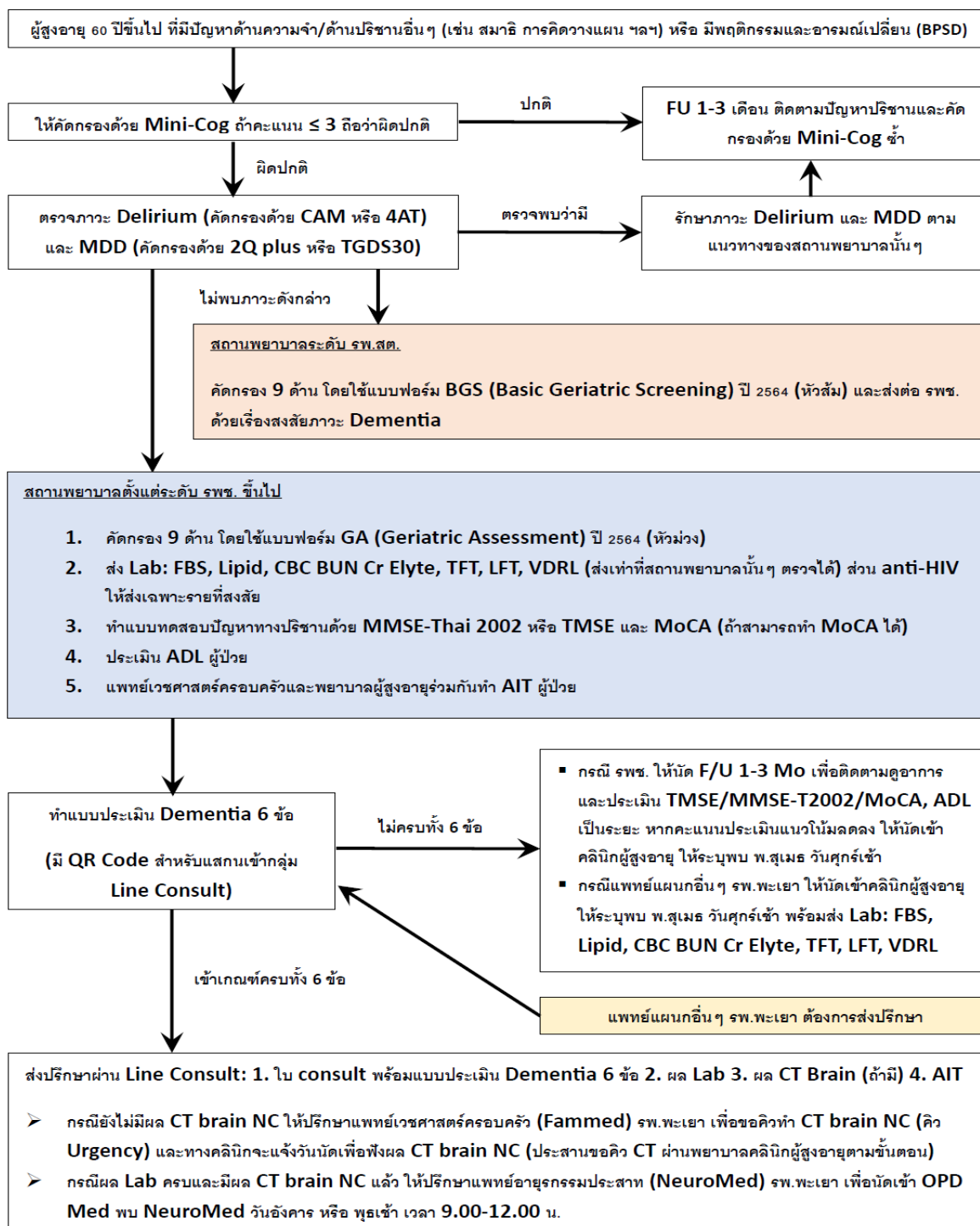
ขั้นตอน	การดำเนินงาน
	3.1 พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ/ ทีมเครือข่าย/ ม.พะเยา/ รพ.สต. จะดำเนินการประเมิน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ TGDS (THAI GERIATRIC DEPRESSION SCALE) แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง MMSE-Thai 2002 (Mini-mental state examination) และ MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ทีมสหวิชาชีพ ตรวจ ประเมิน ให้ความรู้บริการตามมาตรฐาน 3.2 แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ตรวจและวินิจฉัย ปรีกษา/ ส่งต่อ แพทย์อายุรกรรมประสาท (Neuro Medicine) ของโรงพยาบาลพะเยา/ ม.พะเยา 4. ดำเนินการดูแลต่อเนื่องทั้งกลุ่ม MCI (Mild Cognitive Implement) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รวมถึงการเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย
ขั้นสรุปผล	คืนข้อมูลกลับชุมชน

ผลลัพธ์ที่จะได้รับ

1. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลพะเยา (Comprehensive Dementia Care System Phayao Hospital)
2. ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองสุขภาพด้านสมรรถภาพความจำ ตามแนวทางการดำเนินงานและสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
3. เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลชมรมผู้สูงอายุ แกนนำเครือข่ายของชุมชน มีการสนับสนุนการดูแลในระดับชุมชนและครอบครัว พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้สามารถดูแลได้จนตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ: พะเยาโมเดล

CDC system	การดำเนินงาน
ระบบคัดกรอง คัดแยก	คัดกรอง : เครื่องมือการคัดกรอง คือ 14 ข้อคำถาม และ Mini Cog ดำเนินการการคัดกรอง โดย อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนการใช้เครื่องมือการคัดกรอง การดำเนินงาน -การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการให้ความรู้และคัดกรองภาวะสมองเสื่อม -การส่งเสริมความรู้ด้วยการบูรณาการในโรงเรียนผู้สูงอายุ คัดแยก : เครื่องมือการคัดแยก คือ TGDS, MMSE-Thai 2002, MoCA ดำเนินการ โดย บุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนการใช้เครื่องมือ



ภาพที่ 15 แนวทางการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา สำหรับผู้ที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิพื้นที่ต้นแบบตำบลแม่ใส: เน้นชุมชนเป็นฐาน ต้องถึนเป็นผู้กำกับดูแล สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิพื้นที่ต้นแบบตำบลแม่ใส โดยมีชุมชนเป็นฐานนั้นเป็นแนวทางที่น่าสนใจ เนื่องจากชุมชนมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

อย่างรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและสาธารณสุข จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

หลักการสำคัญ

- **ชุมชนเป็นศูนย์กลาง:** ชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน
- **ท้องถิ่นเป็นผู้กำกับดูแล:** องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- **สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง:** หน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้ ฝึกอบรม และให้คำปรึกษาแก่ชุมชนและอปท.

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. **การระดมความคิดเห็น:**
 - จัดประชุมชุมชนเพื่อระบุมหาและความต้องการ
 - กำหนดเป้าหมายและขอบเขตของโครงการ
 - จัดตั้งคณะทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน อปท. และสาธารณสุข
2. **การอบรมบุคลากร:**
 - อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
 - สอนวิธีการสังเกตอาการเบื้องต้นและการใช้เครื่องมือคัดกรอง
3. **การคัดกรอง:**
 - จัดกิจกรรมคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ
 - ใช้เครื่องมือคัดกรองที่ง่ายและเหมาะสม เช่น แบบประเมิน ADL, MMSE (ปรับใช้สำหรับวัฒนธรรมไทย)
 - บันทึกข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อติดตามต่อไป
4. **การส่งต่อ:**
 - ส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสูงไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง
5. **การติดตามและประเมินผล:**
 - ติดตามผลการคัดกรองและการส่งต่อ
 - ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ
 - ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทบาทของแต่ละภาคส่วน

- **ชุมชน:**
 - ร่วมกันระบุมหาและความต้องการ
 - จัดกิจกรรมคัดกรอง
 - ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.):
 - สนับสนุนงบประมาณ
 - จัดหาสถานที่
 - ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สาธารณสุข:
 - ให้ความรู้และฝึกอบรม
 - จัดหาเครื่องมือคัดกรอง
 - ให้คำปรึกษาทางการแพทย์
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้น

ตัวอย่างกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้

- จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในงานประเพณีหรือวันสำคัญต่างๆ
- จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- สร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- จัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน: เชิญชวนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ
- การใช้เทคโนโลยี: นำเทคโนโลยีมาใช้ในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน
- การสร้างความยั่งยืน: สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน โดยมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับคนรุ่นหลัง

สรุป

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิ โดยมีชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดภาระของระบบสุขภาพ และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำแนะนำเพิ่มเติม:

- การประชาสัมพันธ์: การประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ประชาชนในชุมชนเข้าใจและให้ความร่วมมือในการคัดกรอง
- การสร้างแรงจูงใจ: การให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมและความต่อเนื่องของโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ตำบลแม่ใส

1. ประชุมวางแผนเตรียมการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ทีมสุขภาพ ทีมท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งสถาบันการศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยพะเยา (คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะเยา
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่นำร่องการพัฒนา ระบบ ในการนำใช้เครื่องมือการคัดกรอง สำหรับ อสม และเครื่องมือการคัดแยก สำหรับบุคลากรสุขภาพ
3. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานบนพื้นที่นำร่องการพัฒนา คือ ตำบลแม่ใส
4. ระบบการคัดกลุ่ม มีการนำใช้เครื่องมือวิถีโคจรโรค (Aging Illness Trajectory ;AIT) และวางแผนให้การดูแลตามปัญหาของผู้สูงอายุเบื้องต้น
5. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยทีมแพทย์และสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสมรรถภาพความจำ มากกว่าร้อยละ 80
2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่เริ่มแรก (Early detection) มากกว่าร้อยละ 80
3. อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ มีความรู้ภาวะสมองเสื่อม และใช้เครื่องมือการประเมินได้อย่างถูกต้อง ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80
4. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเข้าร่วมประชุมนำเสนอและร่วมวางแผนการดำเนินงานกับทีมแกนนำเครือข่ายชุมชนในกาประชุมกองทุนสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองพะเยามากกว่าร้อยละ 80

ผลการดำเนินงานพื้นที่นำร่องตำบลแม่ใส อำเภอเมือง ปี พ.ศ. 2565-2566

การดำเนินงาน	ผลลัพธ์
กลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ	โรงเรียนผู้สูงอายุ : ทำกิจกรรมฝึกบริหารสมองด้วย ท่าจีบแอล (L) ได้ ร้อยละ 72 และฝึกต่อเนื่องทุกครั้งเมื่อเข้าเรียน ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุ เข้ามาในระบบการดูแล จำนวน 12 ราย โดยแบ่งเป็น -กลุ่มที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จำนวน 9 ราย -กลุ่มไม่พบความเสี่ยง/ปัจจัยที่อาจจะเกิอันตราย จำนวน 2 ราย -เสียชีวิต จำนวน 1 ราย ผู้ดูแล ได้รับการประเมินความรู้และเพิ่มทักษะการดูแล มีผลการประเมินก่อนลงเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 48 และหลังจากเยี่ยมบ้าน พบมีทักษะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 82 การจัดการส่งแวดล้อม มีการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน จำนวน 2 ราย
ปัญหา/อุปสรรค	-พยาบาลวิชาชีพ ต้องการเพิ่มทักษะการใช้เครื่องมือการคัดแยก ได้แก่ MMSE-Thai 2002, MoCA, AIT

การดำเนินงาน	ผลลัพธ์
	-ผู้สูงอายุไม่สะดกในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาและไม่สะดกในการเดินทาง
ข้อเสนอแนะ	-การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพ -การจัดบริการสุขภาพ ในรูปแบบ คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน
ปัจจัยความสำเร็จ	ชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

แผนการพัฒนาระบบ

ประเด็น	การดำเนินการ
ระบบบริการ	-ขยายพื้นที่ดำเนินงาน ในปี 2566 ในตำบลบ้านด้า -มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ -จัดระบบการเข้ารับบริการ ผ่านช่องทางพิเศษ และเชื่อมโยงกับเครือข่าย (seamless) -จัดระบบการรักษา (จิตแพทย์ และเครือข่าย)
การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	-จัดการอบรมระยะสั้น โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ (TEAM V Program) -จัดอบรมอสม./จิตอาสา พื้นที่ต้นแบบตำบลบ้านด้า
การดูแลต่อเนื่อง	-กลุ่ม MCI ในพื้นที่ตำบลแม่ใส จัดบริการ TEAM V Program -กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 3-6 เดือน (ประเมินเป็นรายกรณี) -ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรม brain exercise ใน รพ.สต. เครือข่าย และโรงเรียนผู้สูงอายุ
ระบบการคัดกรอง	-บูรณาการในภาพรวมระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม -การเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพประกอบการดำเนินงาน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอมะนัง

กลุ่มจิตอาสา/เครือข่าย	ผู้สูงอายุทั่วไป	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มสมองเสื่อม
การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการคัดกรอง/ให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ  	กิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ออกกำลังกายบริหารสมอง Brain exercise  คัดกรอง TGDSMMSE/ MoCA 	กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินภาวะสมองเสื่อม AIT/ตรวจร่างกาย  	AIT → Case conference  ติดตามเยี่ยมบ้าน  ปรับสภาพสิ่งแวดล้อม 

การดำเนินงานในระยะที่ 2

พื้นที่ร่วมวางแผนการดำเนินงานในระดับจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินงาน โดยมีทีมโรงพยาบาลพะเยาเป็นทีมหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ซึ่งมีทีมสุขภาพ ประกอบด้วย สหวิชาชีพงานคลินิกผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกอำเภอในจังหวัดพะเยา ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เมื่อได้มีข้อสรุปร่วมกันในแผนการดำเนินงาน ดังภาพ



บทสรุป

การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตาม 6 คุณลักษณะ ของ CDC system รายละเอียด ดังนี้

คุณลักษณะ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
Comprehensive (ครบวงจร)	มีระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานในกำกับของท้องถิ่น
Seamless (ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ)	เกิดการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
Coverage (ความครอบคลุม)	ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง คัดแยก และการดูแลดูแลต่อเนื่องชุมชนอย่างเป็นระบบ
Access (การเข้าถึง)	เกิดการพัฒนาระบบการปรึกษาหารือในการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นที่ และการใช้ระบบ Telemedicine
Participation (ความร่วมมือ)	การทํานันทีกความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานและชุมชน
Integration (การบูรณาการ)	ชุมชนเป็นฐาน ท้องถิ่นเป็นผู้กำกับดูแล สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยง

ส่วนที่ 4

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ การดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care)

การดูแลกลางวัน^[28]

เป็นบริการ “ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ” เป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยมีผู้เชี่ยวชาญแบบสหวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งการจัดบริการทั้งครอบคลุมทั้งบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมที่ต้องการความช่วยเหลือ การให้บริการหรือจัดบริการจะขึ้นกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ โดยมีการประเมินรายบุคคลเพื่อใช้ในการวางแผนและการดูแล เนื่องจากกลุ่มที่มาใช้บริการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีความเสื่อมด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพ และหรือ กลุ่มเปราะบาง ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในรูปแบบต่างๆ ฉะนั้นการดำเนินการการดูแลกลางวันแบบไปกลับ จึงต้องมีมาตรฐานในการกำกับเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

แบ่งประเภทของการดูแลกลางวัน^[29] ดังนี้

- 1) Social day care จัดบริการในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และกลุ่มที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่มีปัญหาสุขภาพ
- 2) Adult Day health care จัดบริการทางการแพทย์ และดูแลบำบัดรักษา โดยผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพ ซึ่งจะต้องมีการประเมินสุขภาพก่อนเข้ารับบริการ
- 3) Dementia day care จัดบริการด้านสังคมและสุขภาพที่เฉพาะสำหรับกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่มาเข้ารับบริการ นอกจากนี้จะมีการวางรูปแบบบริการ กิจกรรม สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยทีมบุคลากรที่ผ่านการอบรมในการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาความจำถดถอย

มาตรฐานการดูแลกลางวัน

มาตรฐานการให้บริการ จะเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ แนวทาง รวมทั้งเครื่องมือในการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นคุณภาพและเพิ่มคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรฐานจะมีทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น ผู้สูงอายุ และครอบครัว ตามมาตรฐานของสมาคมการบริการผู้ใหญ่วัยกลางวันแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

- 1) มาตรฐานบริการหลัก (core services) ประกอบด้วย การบริการด้านสุขภาพ เช่น การประเมินและวางแผนการรักษา การช่วยเหลือในการดำเนินภารกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพ การบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน และส่วนบริการทางสังคม เช่น กิจกรรมการดูแลสุขภาพ บริการอาหาร บริการขนส่ง ไม่ได้ครอบคลุมในส่วนงานด้านกายภาพบำบัดและสุขภาพจิต
- 2) งานบริการเพิ่มเติม (enhanced services) เป็นบริการที่เพิ่มขึ้นมาจากงานบริการหลัก เช่น การดูแลแบบประคับประคอง การฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับรุนแรงปานกลาง เป็นกิจกรรมที่ให้บริการแบบไม่ต้องต่อเนื่อง การประเมินและส่งต่อบริการด้านสุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การฝึกด้านการพูด และการติดตามผู้มารับบริการตามแผนการรักษา รวมทั้งบริการทางเลือก เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด การนวด อื่นๆ

3) มาตรฐานการบริการเคร่งครัด (intensive services) จะให้บริการในกลุ่มที่ยังมีอาการเจ็บป่วยไม่คงที่ ต้องการการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มที่มีอาการทางจิต และการดูแลพิเศษตามที่ได้รับบริการต้องการ

การจัดบริการการดูแลกลางวัน

การจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้ใหญ่ ในมาตรฐานระดับต่ำสุด จะมุ่งใน 2 ส่วน คือ

1. การดูแลที่มีคุณภาพ หลักการสำคัญคือ ต้องยึดผู้สูงอายุที่มารับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแลและวางแผนจัดบริการ ประสิทธิภาพในการให้การดูแล การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนและประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงชีวิต

1.1. การให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพ

1.2. การจัดบริการเฉพาะรายบุคคล มีการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และวางแผนการดูแล ที่ตอบสนองพฤติกรรมของผู้มารับบริการ

1.3. การจัดการเอกสารและการบันทึกข้อมูลผู้มารับ รวมการประเมินความต้องการ แผนการดูแล การเปลี่ยนแปลงความต้องการ พฤติกรรม ของผู้มารับบริการ

1.4. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ พิจารณาจากมุมมองและความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นตัวกำหนดคุณภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

1.5. การจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกลางวัน ได้แก่ มีโปรแกรมและกิจกรรมสำหรับผู้มารับบริการ การจัดบริการมื้ออาหาร การจัดการและดูแลสิ่งมีค่าของผู้ที่มารับบริการ การจัดบริการรับ-ส่ง ผู้รับบริการการจัดบริการในกลุ่มที่เปราะบาง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย การรับเรื่องร้องเรียนด้านบริการและอื่นๆ การทบทวนแผนการดูแลและจัดบริการ และมีจัดบริการออกทัศนศึกษานอกสถานที่

2. การวางระบบ/ บริหารจัดการ การจัดการระบบการบริการในศูนย์การดูแลกลางวัน และทีมในการดำเนินงาน เช่น ผู้จัดการ และทีม ในการให้บริการการดูแลกลางวัน

2.1. การจัดการระบบ ประกอบด้วย การจัดการและการควบคุมการปฏิบัติงาน นโยบายและขั้นตอนปฏิบัติ และการจัดการบันทึก

2.2. ทีมงาน จะเริ่มตั้งแต่การเปิดรับสมัครทีมงาน การฝึกอบรมและพัฒนาทีมงาน การกำกับดูแลและประเมินผลทีมงาน การจัดการบุคลากร กำหนดปริมาณและสัดส่วนในการทำงาน และอาสาสมัคร

2.3. การใช้จ่าย จะมีการดำเนินการในเรื่อง การจัดการยา การบันทึกการแพทย์ การเก็บยา และการบริหารยา ในศูนย์การดูแลกลางวัน

รูปแบบการจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และภาวะสมองเสื่อมระยะแรก : ศิริรัฐนิคมโมเดล^[30]

โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระดับ F2 ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม หลังจากมีการค้นหาผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมจากชุมชนด้วยระบบการคัดกรอง คัดแยก ยังมีข้อจำกัดของการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตาม Clinical Diagnosis ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง จึงต้องนัดและส่งต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อ Investigate เพิ่ม (CT scan) ในรายที่ครอบครัวปฏิเสธการส่งต่อ จึงต้องนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อรับการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non Pharmacology) โดยใช้กิจกรรม Brain Care และจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน (Day Care) และพัฒนานวัตกรรม ชุดกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดูแลกลุ่มบกพร่องระยะต้นและกลุ่มป่วย ระยะ Mild- Moderate ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เห็นความสำคัญของการจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงจัดบริการดูแลกลางวัน (Day Care) เพื่อลดภาระของครอบครัวในเรื่องความเครียดจากการดูแลประจำวัน โดยที่ผู้สูงอายุยังคงพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเหมือนเดิม ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง และยังช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และได้รับการส่งเสริมฟื้นฟูอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการจัดบริการ Day Care ผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อคงศักยภาพสมองและเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องความจำ (MCI)
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับ mild to Moderate

จำนวน : ประมาณ 10 - 12 คน

ระยะเวลา : จัดบริการ 1 ครั้ง /สัปดาห์ , ครั้งละ 4-5 ชม. ทำติดต่อกัน 12 สัปดาห์

การดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เข้ารับการรักษแบบไม่ใช้ยา โดยใช้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน Day Care ผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม
2. จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ กระตุ้นสมรรถภาพสมอง ชะลอความเสื่อม ฝึกการใช้ทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน โดยทีมสหวิชาชีพ และมีกิจกรรมต่อเนื่อง (การบ้าน) เพื่อฝึกที่บ้านด้วยทุกครั้ง
3. Health education class สำหรับผู้ดูแลเรื่อง โรคสมองเสื่อมและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง และสมรรถภาพทางกาย เพื่อปรับใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน และให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

4. คืบข้อมูลให้ชุมชน ส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลวางแผนการดูแลต่อร่วมกับ Care Giver (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) และเครือข่ายในระบบ Long Term Care

5. ติดตามประเมินผล ทุก 3-6 เดือน

บทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพในการดูแลกลางวัน

บุคลากรในทีม	บทบาท/หน้าที่
แพทย์	- ตรวจประเมินภาวะสมองเสื่อม
พยาบาล	- เป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ - ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment) - จัดการการนัด - ทำกิจกรรมกลุ่ม และให้การดูแลตลอดระยะเวลาที่ให้บริการตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกลับบ้านในแต่ละวัน - ประเมินผลหลังให้กิจกรรม และ ก่อน หลังการรับบริการ
เภสัชกร	- ประเมินการใช้ยา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา
นักกายภาพบำบัด	- ประเมินสมรรถภาพทางกาย เช่น การทรงตัว และความยืดหยุ่น - สอนญาติร่วมกับการฝึกผู้ป่วย - กิจกรรมบำบัด ฝึกการใช้กล้ามเนื้อ และ Co-ordination
นักการแพทย์แผนไทย	- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ / กิจกรรมการเคลื่อนไหว - นวด / ประคบ คลายกล้ามเนื้อ
นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการ - แนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม
นักจิตวิทยาคลินิก	- ทำกลุ่ม Supportive group - ให้คำแนะนำญาติด้านการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรม
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	- ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างทำกิจกรรม ร่วมกิจกรรมกลุ่ม - ช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื่องการเคลื่อนย้ายระหว่างทำกิจกรรม และเข้าห้องน้ำ - ชั่งน้ำหนัก วัด vital sign

หลักการจัดกิจกรรม :

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย (MCI) ผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี และการรับรู้ การตัดสินใจในระดับที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมาก ดังนั้นกิจกรรมในการดูแลกลางวัน จึงควรเน้นในด้านการฝึกฝนความจำที่เป็นในส่วนของ Working memory และ Executive function ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขแบบองค์รวม และด้านสังคม โดยอ้างอิงตามบริบทของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงระยะปานกลาง (Dementia mild to moderate) ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ และเริ่มมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น การถามซ้ำ ลืมบ่อย มองเห็นภาพหลอน หลงทาง พูดคนเดียว ไม่นอน หรือก้าวร้าว เป็นต้น ดังนั้นกิจกรรมในการดูแลกลางวันส่วนใหญ่เพื่อช่วยลดปัญหาทางพฤติกรรม และอารมณ์ การดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมใน Brain Care ควรเน้นส่งเสริมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การฝึก ADL มากกว่าการช่วยกระตุ้นความจำ กิจกรรมจึงควรเริ่มจากง่ายไปยาก จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม กิจกรรมที่เน้นการคิดหรือฝึกความจำควรให้ทำเป็นรายบุคคล หรือ ถ้าเป็นกลุ่ม ควรเป็นกลุ่มที่เล็ก เช่น 2-3 คนเพื่อลดการกระตุ้นทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ เน้นเรื่องการสอนฝึกการดูแลตนเอง และกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวสามารถทำเป็นกลุ่มได้ เป็นต้น รวมทั้งการให้ความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจัดกลุ่ม Supportive แก่ญาติสามารถลดความเครียดจากการดูแล (Care Giver Burden) ได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลต้องนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงจะคงศักยภาพสมองไว้มากที่สุด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับคนและองค์กร

1. มีรูปแบบกิจกรรมการจัดบริการ Day Care ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบท ของผู้สูงอายุในชนบท
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ใช้ชีวิตอยู่กันด้วยความเข้าใจ ลดการเกิด Care Giver Burden อย่างมีนัยสำคัญ

บทเรียนที่ได้รับ

1. กิจกรรมใน Day Care ต้องผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุทุกมิติ
2. กิจกรรมต้องไม่ซับซ้อนและปรับให้เหมาะกับระดับความรุนแรงผู้สูงอายุ
3. เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมไม่ควรนานเกินไป (ประมาณ 4-5 ชั่วโมง)
4. การสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจากคลินิกผู้สูงอายุ ไปฝึกปฏิบัติต่อในชุมชน เป็นการเพิ่มช่องทางการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้นำองค์กรสนับสนุน
2. การทำงานเป็นทีม สามารถบูรณาการงานร่วมกันได้
3. ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

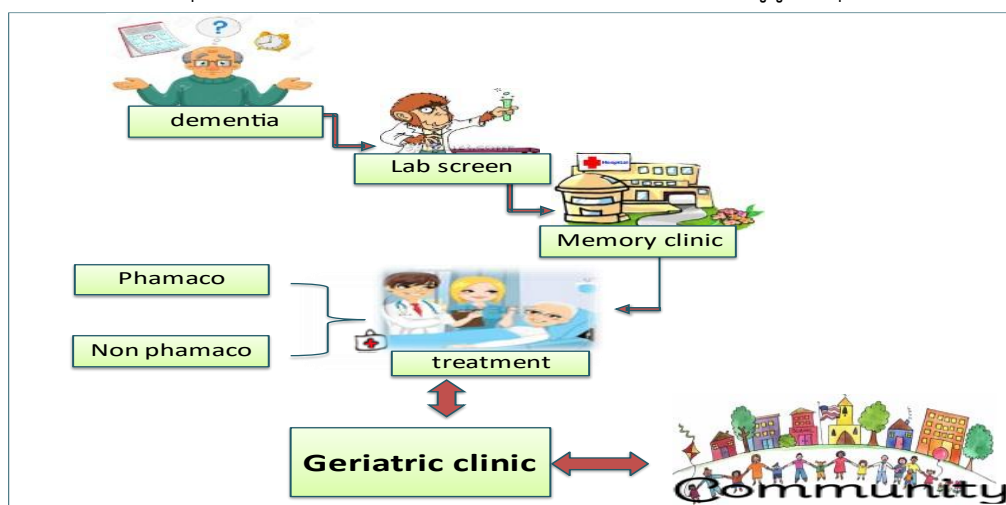
ภาพการจัดกิจกรรมใน day care สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาด้านความจำ และการเคลื่อนไหว



การถอดบทเรียนการจัดบริการ Day Care โรงพยาบาลศิริราช

ศิริราชโมเดล ดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ภายใต้แนวทาง SLEA Model และศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามแนวทาง CDC system ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบการคัดกรอง คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดย

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก การคัดกรองในชุมชน ดำเนินการโดย อสม. และการคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุ ดำเนินการโดย บุคลากรทางสุขภาพ (dementia care manager)
2. ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา) ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ



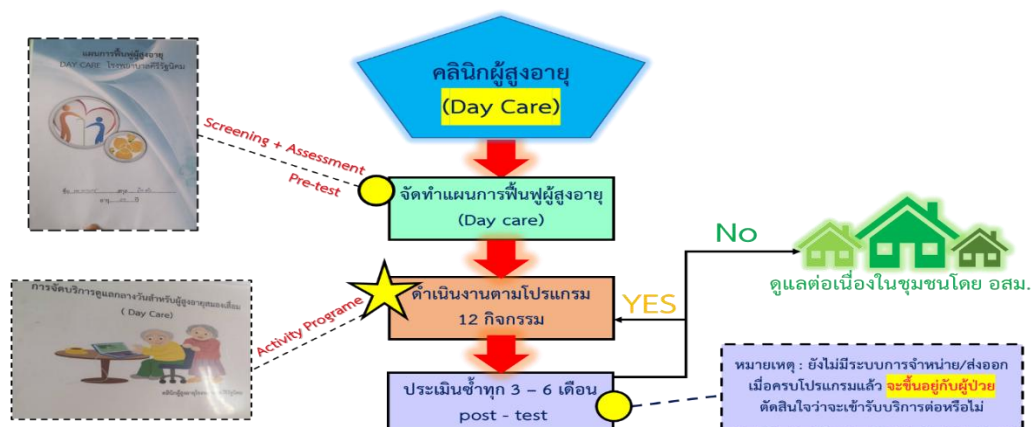
ภาพที่ 16 ผังการดำเนินงานระบบการคัดกลุ่ม รพ.ศิริราชธนคม

Flow ความเชื่อมโยง บริการคลินิกผู้สูงอายุ และ Day care

Step 1



Step 2



3. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะมุ่งเป้าในการให้บริการผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มปกติ) เป้าหมายการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ และการจัดกิจกรรมในชุมชน โดยมุ่งเป้าหมายที่ **ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ รู้เท่าทัน ป้องกันสมองเสื่อม** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถบูรณาการการเพิ่มสมรรถภาพสมองเข้าไปในทุกกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การสอดแทรกการบริหารสมองสองซีกกับกิจกรรมการเคลื่อนไหว และเพิ่มสมรรถภาพสมองด้านความจำร่วมกับกิจกรรมสันทนาการ ส่วนในสถานบริการสุขภาพ จะมุ่งส่งเสริมสุขภาพเรื่องสมองเสื่อมในสถานบริการกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในหอผู้ป่วยในและประเมิณ Cognitive function เช่น ทำแบบประเมินสภาพสมอง (MMSE Thai-2002) ในผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติและผู้สูงอายุ 80 ปีทุกราย การวางแผนจำหน่าย และเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

3.2 กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะเน้นการฝึกสมองแบบ Cognitive Training ดำเนินการจัดบริการเชิงรุกในแต่ละตำบล โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

3.3 กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว จะเป็นการบูรณาการกับ LTC/ Palliative Care โดยมีการสร้างเครือข่ายในชุมชน “อาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญสมองเสื่อม”

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบมาตรฐานการจัดบริการการดูแลกลางวัน

มาตรฐาน Day Care	รพ. ศิริรัฐนิคม	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/ต่อยอด
1. Giving an information	-การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการ และสถานที่ -เจ้าหน้าที่ หรือเครือข่าย ญาติ รับทราบเกี่ยวกับบริการ สถานที่	-ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการ ควรได้รับทราบด้วย หากยังสามารถรับรู้ตัดสินใจได้
2. Specific Response 2.1 Need Assessment	2. การให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจง 2.1 การประเมินแรกรับ เข้า Day Care	ตอบสนองต่อปัญหาของผู้รับบริการได้ตรงเป้าหมาย 2.1 การประเมินด้วยเครื่องมือที่เจาะจงและมีประสิทธิภาพ เช่น จำแนกเคส Mild AD/BPSD/MCI ที่ชัดเจน ใช้ MMSE Thai-2002+ ซักประวัติจากญาติ+AIT เพื่อช่วยให้งำหนดเป้าหมาย/ จัดระดับ ผู้รับบริการ และรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมได้ง่าย ดังนั้น Criteria เข้า กลุ่มต้องชัดเจน
2.2 Care Plan 2.3 Responding to users' behavior	2.2 Care Plan มีแผนการดูแลแต่ละเคส และบันทึก การร่วมกิจกรรม	2.2 การกำหนด วางแผนการดูแลที่มีความจำเพาะกับปัญหาของแต่ละเคส ซึ่งจะทำได้ เมื่อมีการประเมินตาม

มาตรฐาน Day Care	รพ. ศิริรัฐนิคม	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/ต่อยอด
	2.3 การตอบสนองต่อพฤติกรรม ที่ไม่นำเสนอให้เห็นในการเรียนรู้ พฤติกรรมผู้ป่วย เช่น อยู่ได้ครึ่งวัน และนำไปปรับปรุงบริการ พยายาม ตอบสนองให้เกิดความพอใจของทั้ง ผู้ป่วยและญาติ	2.1 ได้ โดยการจัดกิจกรรมหรือ รูปแบบบริการ ควรแยกให้ชัดเจน เช่น กลุ่ม Mild AD/ MCI เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์อย่าง เต็มที่ตามศักยภาพที่ตนมี ทั้งนี้ เคส BPSD อาจมีกิจกรรมรูปแบบอื่น เช่น นันทนาการ 2.3 การตอบสนองในบางปัญหาที่ เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ยัง จำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจเพิ่มเติม
3. About Services in Day Care 3.1 Programs and activities	3. การให้บริการแบบบูรณาการ 3.1 การจัดโปรแกรมเป็นชุด 12 ครั้ง ให้อิสระในการมาร่วมกิจกรรม	3. การให้บริการที่เป็น Specialty Care ครอบคลุม กาย จิต สมอ สังคม กาย : fall โภชนาการ การเคลื่อนไหว จิต : อารมณ์ BPSD ให้สงบ สมอง : Cognitive stimulation > Cognitive training> Brain Care สังคม : การดูแลจากญาติ ชุมชน เครือข่าย *เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ประโยชน์ของญาติที่ได้รับจาก Day Care เป็นรอง ดังนั้น เป้าหมายในการดูแล จึงสำคัญและ ควรกำหนดให้ชัดรูปแบบการ ให้บริการจึงอาจทำเป็นเมนูให้ ผู้สูงอายุ และญาติ เลือกได้ว่า ต้องการมุ่งเน้นที่เป้าหมายในเรื่องใด ทั้งนี้ ต้องสอดคล้องกับผลการ ประเมินระยะแรกรับเข้าบริการใน Day Care
3.2 Meals	3.2 บริการอาหารกลางวัน	3.2 การบริการอาหารกลางวันตรง เวลา อย่างไรก็ตาม การเสิร์ฟใน

มาตรฐาน Day Care	รพ. ศิริรัฐนิคม	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา/ต่อยอด
		บริเวณเดียวกับการจัดกิจกรรม และต่อเนื่องทันที ควรมีการแจ้งปิดกิจกรรมอย่างชัดเจน และให้สัญญาณในการสร้างการรับรู้ถึงแต่ละกิจกรรมที่กำลังเกิดขึ้น หรือกำลังจบลง และลำดับต่อไปคืออะไร
4. About Staff	4. การให้บริการโดย Multi-disciplinary Team	4. บุคลากร สาขาวิชาชีพที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของ Day Care มีสิ่งที่ควรคำนึงถึง เช่น แต่ละวิชาชีพมีบทบาทอะไร ทำอะไรได้บ้าง และความจำเป็นในการได้รับการ Training ต่อยอดองค์ความรู้เพื่องานที่มีความลึกซึ้งขึ้น ดูแลได้ละเอียดมากขึ้น

การจัดบริการการดูแลกลางวัน (Day care)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการจัดบริการ Day care ผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีปัญหาการทรงตัว กลุ่มภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อชะลอความเสื่อมและเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน
3. เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social cognition)

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มป่วย Mild AD และกลุ่ม BPSD
2. กลุ่ม MCI

โปรแกรมที่ดำเนินการในการจัดบริการการดูแลกลางวัน (day care) ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก คือ

1. กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและการฟื้นฟูความทรงจำ
2. กิจกรรมที่ 2 การจัดการปัญหาและพฤติกรรม
3. กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อการสื่อสารและเข้าสังคม
4. กิจกรรมที่ 4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. กิจกรรมที่ 5 การบริหารกายตามวิถีไทย

6. กิจกรรมที่ 6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อดำเนินชีวิตตามวิถีไทย

7. กิจกรรมที่ 7 การสร้างเสริมพลังใจสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ทีมดำเนินการ

ประกอบด้วย	พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน 1 คน
	นักกายภาพบำบัด	จำนวน 1 คน
	แพทย์แผนไทย	จำนวน 1 คน
	ผู้ช่วย	จำนวน 1 คน

กิจกรรมการจัดบริการใน Day care

การจัดบริการสุขภาพด้านสมอง มีการดำเนินการจัดกิจกรรมตาม cognitive function ทั้ง 6 domain ประกอบด้วย Attention, Memory, visuospatial function, Langue, Executive function, Social cognition เมื่อนำกิจกรรมที่ใช้ในการจัดบริการที่ day care จำนวน 12 ชุด จัดตามประเภทของ domain ในการเพิ่มสมรรถภาพสมองและคงศักยภาพสมอง ดังนี้

 รพ.ศิริราช ดำเนินงานตามโปรแกรม ตาม 12 ชุดกิจกรรม * อ้างอิงมาจาก : จากประสบการณ์ทางคลินิก และการศึกษาเพิ่มเติมของ เจ้าหน้าที่	Visuospatial (มิติสัมพันธ์) - โยนห่วง/โยนบอล - เกมส์จับคู่กับเงา - ติดกระดาษเป็นภาพ/ต่อจิ๊กซอร์ - พับกระดาษ/สานตระกร้อ - ตอบลือค	Executive Function (การตัดสินใจ) - เกมส์รวมเงิน - เรียงลำดับเหตุการณ์ - ทำขนม/อาหาร - จับคู่หาความสัมพันธ์	Language/speech (ภาษา, คำพูด) - Morning talk oriented - เล่าประวัติตนเอง - การบอกชื่อผลไม้/สิ่งของ
	Memory (ความจำ) - จับคู่ภาพเหมือนรูปผลไม้/สัตว์ - ฉันคือใคร - ทายสิ่งของจากในกล่องดำ - จับผิดเรื่องเล่า	Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) - อ่านสีไม้ไขสี่ - เดินตามจิ้งหะ - จับผิดเรื่องเล่า - ร้อยกระดุม - ติดกระดาษเป็นภาพ/ต่อจิ๊กซอร์ - นับเลข - พับกระดาษ/สานตระกร้อ	Social cognition (การรับรู้เชิงสังคม) - Morning talk oriented - ทำขนม/อาหาร - การแนะนำตนเอง
	BPSD (พฤติกรรม อารมณ์) ใช้การสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้เข้าร่วม กิจกรรม หากผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกไม่สบาย ก็ จะทำการเบี่ยงเบนความสนใจ		bADL/iADL เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหารเอง

หมายเหตุ :
 กิจกรรม Day care
 เปิดให้บริการครึ่งวันเช้าทุก
 วันอังคาร(Balance) และ
 วันพฤหัสบดี (Dementia)

โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง จำนวน 12 ชุด

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
1	จับคู่ภาพเหมือนรูปผลไม้ เกมส์อ่านสีไม้ไขสี่ เกมส์รวมเงิน	Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Executive Function (การตัดสินใจ)	30 20 20	70

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
2	จับคู่ภาพเหมือนรูปสัตว์ ฉันคือใคร เดินตามจิ้งหะ โยนห่วง	Memory (ความจำ) Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 15 20	95
3	เรียงลำดับเหตุการณ์ เกมส์โยนบอล จับผิดเรื่องเล่า	Executive Function (การตัดสินใจ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ)	30 15 20	65
4	ต่อจิ๊กซอร์ ร้อยลูกปัด/ร้อยกระดุม ติดกระดาษเป็นภาพ ทำขนมบัวลอย	Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Memory (ความจำ) Social cognition (การรับรู้เชิงสังคม) Executive Function (การตัดสินใจ)	30 30 30 75	165
5	จับคู่หาความสัมพันธ์ การแทนค่านับเลข พับกระดาษ/สานตระกร้อ เลี้ยงลูกบอลบนผ้า	Memory (ความจำ) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 15 20	95
6	ต่อบล็อก โยนลูกบอล สวมห่วง เกมส์อ่านข่าว เล่าความ เกมส์บอกสีไม่อ่านสี	Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Language/speech (ภาษา, คำพูด) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ)	30 30 20 15 20	115

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
7	โดมิโน เล่าประวัติตนเอง โยนผ้า/รับผ้า บอกสี บอกชื่อผลไม้	Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Language/speech (ภาษา, คำพูด) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Memory (ความจำ)	30 30 30 20	110
8	เรียงจำนวนสิ่งของตามสี และภาพ จับผิดเรื่องเล่า ฉันคือใคร โยนห่วง	Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 30 20	110
9	แยกสีและรูปทรง กิจกรรมส่งต่อสมบัติ ทายชื่อบุคคลสำคัญ ต่อเพลง	Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Memory (ความจำ) Memory (ความจำ)	30 30 30 20	110
10	เกมสรวมเงิน โยนโบว์ลิ่ง ทายสิ่งของจากในกล่องดำ	Executive Function (การตัดสินใจ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Memory (ความจำ)	30 30 30	90
11	อ่านสีไม่บอกสี จ่ายตลาด ฉันคือใคร ตอบลို့ก	Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Executive Function (การตัดสินใจ) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 30 20	110
12	ปิดตาลำ คอนโดไม้ ระบายสี	Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ)	30 30 30	90

ข้อสรุปที่ได้จากการจัดบริการ Day Care

1. การแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ร่วมในการจัดบริการด้านสมองในการดูแลกลางวัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมผ่อนคลาย และสามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ได้
2. การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาความจำ จะต้องไม่มีความซับซ้อน และสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะกับระดับความรุนแรงผู้สูงอายุ
3. การกิจกรรมใน day care จะเน้นการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเอง (self-care) และการทำกิจวัตรในการดำรงชีวิตประจำวันได้ เช่น การฝึก ADL ร่วม มากกว่าการช่วยกระตุ้นความจำเพียงอย่างเดียว

4. กิจกรรมจะเริ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน คือ จากง่ายไปยาก จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม
5. การจัดกิจกรรมที่เน้นการคิดหรือฝึกความจำ จะเน้นให้ฝึกหรือทำเป็นรายบุคคล หรือ ถ้าเป็นกลุ่มควรเป็นกลุ่มที่มีขนาดเล็กลง จำนวน 2-3 คน เพื่อลดการกระตุ้นทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ส่วนกิจกรรมการเคลื่อนไหวสามารถควรทำเป็นกลุ่ม และระยะเวลาการทำกิจกรรมไม่ควรนานเกินไป ประมาณ 10-15 นาที
6. การให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัว และญาติ ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาความจำที่บ้าน รวมทั้งพบว่าการจัดกลุ่ม Supportive ให้ผู้ดูแล ครอบครัวและญาติจะสามารถช่วยลดความเครียดจากการดูแล (Burden) ได้เป็นอย่างดี
7. การเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การสนับสนุนการดูแล และทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน อุปกรณ์ฝึกสมอง กับ คลินิกผู้สูงอายุ ในระดับทุติยภูมิ และหรือ ตติยภูมิ ได้

รูปแบบการจัดบริการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเวลากลางวัน

แบบครบวงจร (Day services)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นองค์กรหลักของประเทศในการเสริมสร้างงานวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการผู้สูงอายุ ร่วมกับพันธมิตรสร้างและถ่ายทอดผลงานวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการผู้สูงอายุ ให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ป้องกัน ดูแล รักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และผลักดันสู่การกำหนดนโยบายระดับชาติ จากการศึกษาทบทวนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้พบว่าหลายๆ แห่งได้จัดตั้งการบริการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการรู้คิดและความจำ ทางสถาบันฯ ได้พบว่าการทำกิจกรรมกลุ่มไม่เพียงแต่ช่วยกระตุ้นสมองได้เท่านั้น แต่ยังช่วยกระตุ้นในด้านการเข้าสังคม การยับยั้งชั่งใจร่างกาย รวมไปถึงด้านจิตใจอีกด้วย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงได้พัฒนาบริการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Day service) ซึ่งเป็นการให้บริการในการทำกิจกรรม เพื่อฟื้นฟูสมอง จิตใจ และการเคลื่อนไหวให้กับผู้สูงอายุ รวมไปถึงส่งเสริมสุขภาพ และสมรรถภาพร่างกายให้มีความแข็งแรงได้ยืนยาว ป้องกันโรคเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยาวนาน เริ่มเปิดให้บริการ ตั้งแต่ต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จนถึงปัจจุบัน^[31]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เห็นผลในการช่วยร่างกาย สมองและจิตใจของผู้สูงอายุได้จริง และผลักดันสู่การกำหนดนโยบาย
2. เพื่อดึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ให้ออกสู่สังคม ลดภาวะถดถอยของร่างกาย
3. เพื่อฟื้นฟู และคงสมรรถภาพของร่างกาย สมอง และจิตใจในผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านความจำและการรู้คิด (MCI, mild dementia, moderate dementia)
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเศร้าหมอง (Depress mood, depressive disease)
3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาร่างกายที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเล็กน้อยจากปัญหากล้ามเนื้อไม่แข็งแรง

จำนวนผู้เข้าร่วมทำกิจกรรม : 10-15 คน

ระยะเวลา : 2-3 ชั่วโมง/ครั้ง (มีช่วงพัก 10-15 นาทีระหว่างทำกิจกรรม) จัดบริการทุกวันในช่วงบ่าย

จำนวนบุคลากรผู้ดูแล : ผู้ดูแลหลัก นักกิจกรรมบำบัด นักจิตบำบัด และวิทยากรรับเชิญ อาจมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมช่วยบางกิจกรรม และจะมีการประกบดูแลผู้สูงอายุด้วยอัตรา 1:1 กรณีที่ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวตอบสนองช้า จากภาวะเปราะบาง หรือภาวะความจำและการรู้คิด

บทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพในห้อง Day service

บุคลากรในทีม	บทบาท/ หน้าที่
แพทย์	- ตรวจประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำ รักษาปัญหาที่มาตามมาตรฐานทางการแพทย์ ร่วมกับแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสม
พยาบาล	- ประเมินคัดกรองก่อนเข้าทำกิจกรรม และประเมินผลหลังทำกิจกรรม - จัดตารางนัดผู้เข้าร่วมกิจกรรม - เป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ
เภสัชกร	- รับประเมินการใช้ยา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา และทำ Medication reconciliation กรณีผู้สูงอายุถูกส่งมาด้วยเรื่องยา
นักกายภาพ	- ทำคลาสสอนการออกกำลังกายป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุ
นักโภชนาการ	- ร่วมกับนักจิตบำบัดทำคลาสทำอาหาร Cooking เพื่อช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน และฝึกสมอง รวมไปถึงให้คำแนะนำเรื่องสารอาหารแก่ผู้สูงอายุ
นักจิตบำบัด	- ผู้ดูแลหลักห้อง Day service ร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด - ประเมินภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า - ทำจิตบำบัดแบบเดี่ยว - คิดกิจกรรมร่วมกับเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้านส่งเสริมจิตใจ
นักกิจกรรมบำบัด	- ผู้ดูแลหลักห้อง Day service ร่วมกับนักจิตบำบัด - ประเมินภาวะสมองเสื่อม - ทำกิจกรรมบำบัดเดี่ยว - คิดกิจกรรมด้านการกระตุ้นสมอง หรือกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่วมกับเป็นวิทยากรดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้านการกระตุ้นสมอง หรือกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว
นักวิชาการ สาธารณสุข	- ช่วยดูแลและกระตุ้นผู้สูงอายุระหว่างทำกิจกรรม - ช่วยเหลือกลุ่มสาขาในการดำเนินกิจกรรม
ผู้ช่วยพยาบาล	- วัด Vital sign ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

หลักการจัดกิจกรรมใน Day services

1. การคัดเลือกกิจกรรมโดยแบ่งตามประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรม ดังนี้ กระตุ้นสมอง ส่งเสริมจิตใจ และการเคลื่อนไหว ภายใต้งานวิจัยร่วมกับเก็บข้อมูลเพื่อยืนยันผลจากงานวิจัย และสมมติฐานที่ทีมกำหนดไว้
2. การช่วยฟื้นฟูผู้สูงอายุทางด้านความจำและการรู้คิด จิตใจเศร้าซึม และการเคลื่อนไหวโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน

3. การช่วยส่งเสริมและป้องกัน (promotion and prevention) ในกลุ่มผู้สูงอายุจากความจำและการรู้คิดถดถอย จิตใจเศร้าซึม และการเนือยนิ่ง

4. การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้กิจกรรม และสามารถนำไปทำเองกับกลุ่มเพื่อน หรือคนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ และตื่นตัวในการป้องกันความถดถอยจากภาวะเนือยนิ่งในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ออกมาร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

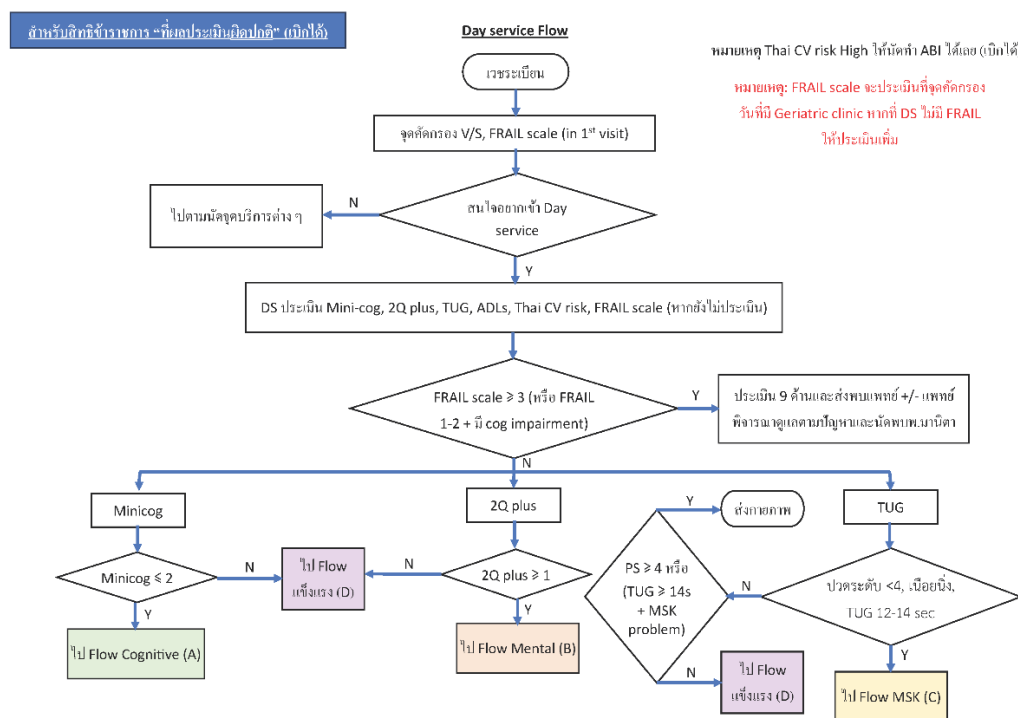
5. การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการตอบสนองช้า ทั้งการเคลื่อนไหว การคิดวิเคราะห์ จะให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และหรือการทำกิจกรรมในบางครั้งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะเข้าช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นรูปแบบการกระตุ้นด้านสังคมรูปแบบหนึ่ง (Social cognition)

6. การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ใน day service จะมีรูปแบบกิจกรรมที่สามารถช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมได้มากกว่า 1 ด้าน ทางสถาบันฯ จะนำประโยชน์หลักของกิจกรรมนั้น ๆ เป็นตัวจัดประเภทของกิจกรรม แต่หากกิจกรรมใดมีความโดดเด่นในการกระตุ้นหรือส่งเสริม 2 ด้าน ก็สามารถจัดกิจกรรมมากกว่า 1 ด้านได้ เช่น ดนตรีบำบัด สถาบันฯ จัดให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และสมองเข้าด้านใดด้านหนึ่งเข้าร่วมได้

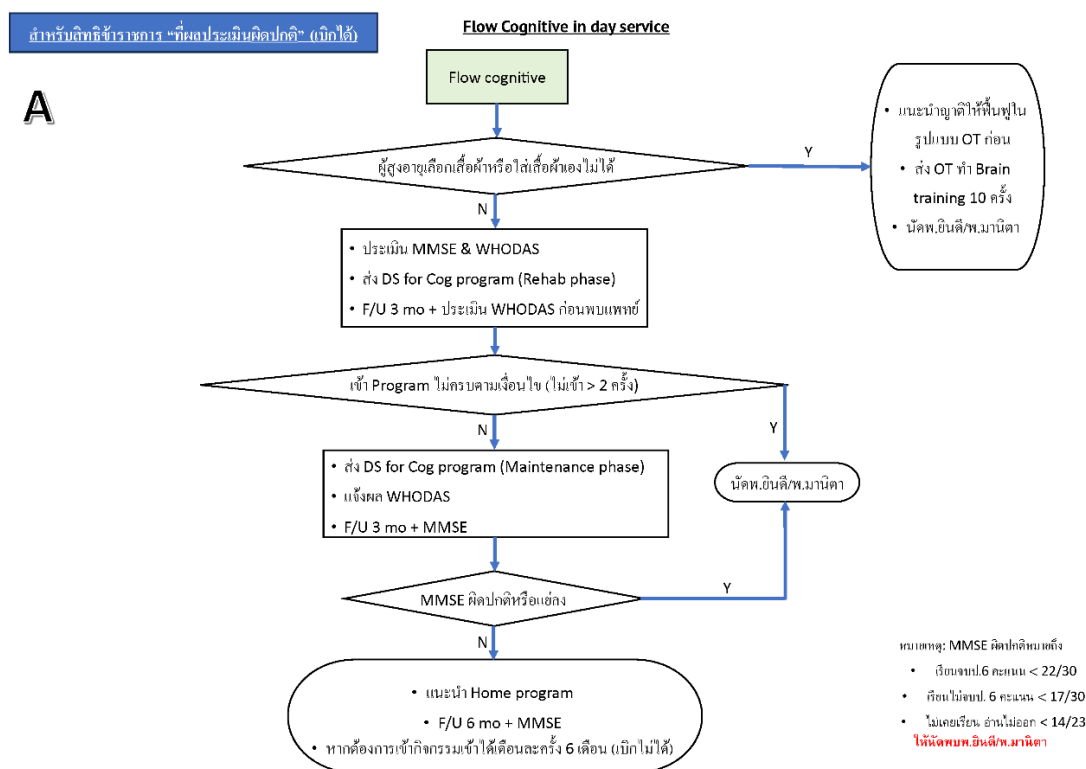
ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
การเตรียมการ	1. การจัดทำตารางกิจกรรม โดยกิจกรรมที่มีการเชิญวิทยากรทั้งจากในหน่วยงาน และนอกหน่วยงานมาร่วมในการดำเนินการ ซึ่งการจัดตารางจะพิจารณาจากวันที่ทางวิทยากรสะดวกมาร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกับเครือข่าย ทั้ง 4 มิติ คือ ด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ 2. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ในรูปแบบ Poster ประชาสัมพันธ์บริเวณหน้าห้อง Day service หรือกระจายผ่านทางกลุ่ม line application หรือเว็บไซต์หน่วยงาน
การดำเนินการ	1. ผู้สูงอายุทุกรายที่สนใจทำกิจกรรม จะต้องผ่านแพทย์เพื่อแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในแง่ของการดูแลสุขภาพ แต่หากสนใจเข้ากิจกรรมอื่น ทางแพทย์ก็ไม่ได้จำกัด แต่ผู้สูงอายุอาจต้องเสียเงินเอง โดยกิจกรรมที่จัดจะอยู่ใน 3 ด้านนี้ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกระตุ้นสมอง 3) ด้านส่งเสริมจิตใจ (ในระบบของทางสถาบันฯ จะรับได้เฉพาะสิทธิข้าราชการ และสิทธิข้าราชการ ซึ่งการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพจะสามารถเบิกได้ เนื่องด้วยอยู่ในเงื่อนไขการรักษาฟื้นฟู แต่หากกิจกรรมไม่ตรงกับปัญหาสุขภาพจะไม่สามารถเบิกได้) 2. ผู้สูงอายุจะได้รับการซักประวัติและประเมินเพิ่มก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในภาคผนวกที่ 1 เพื่อเก็บเป็นข้อมูลในการติดตามและดูแลต่อเนื่อง
การประเมินผล	การเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อเข้ากิจกรรมครบ 3 เดือน เจ้าหน้าที่จะทำการประเมินผู้สูงอายุซ้ำและส่งกลับพบแพทย์

การจัดบริการ Day services มีเป้าหมายการให้บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านด้วยกัน
ขั้นตอนการจัดบริการใน Day services



1) การจัดบริการกลุ่มความคิดความจำ



2) การจัดบริการด้านจิตใจ

สำหรับสิทธิข้าราชการ “ที่ผลประโยชน์ผิดปกติ” (เบิกได้)

การจัดบริการ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
	- ผู้สูงอายุยึดความสมรรถภาพของร่างกาย สมอง และจิตใจ ให้ดียาวนานขึ้น ลดปัญหาภาวะพึ่งพิง - ได้กิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและนำไปปรับใช้ได้ชุมชน
ต่อหน่วยงาน/องค์กร	- คนในองค์กรได้เรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ จากวิทยากรภายนอก - คนในองค์กรได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชาชีพ และทำให้เกิดความสามัคคีในองค์กรมากขึ้น - องค์กรมี connection กับองค์กรภายนอกในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ - อนาคตงานในการบริการด้านกิจกรรม Day service ในสถาบันฯ จะลดลง และสามารถพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้มากขึ้น - เนื่องด้วยมีการกระจายความรู้ด้านการทำกิจกรรมลงสู่พื้นที่ และผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถเข้าถึงการทำกิจกรรมในช่วงกลางวันได้สะดวกสบายมากขึ้น
บทเรียนที่ได้รับ	- กิจกรรมใน Day service เป็นกิจกรรมที่ควรมีการส่งเสริมให้พื้นที่ได้รู้จัก และจัดทำขึ้นในพื้นที่ เพื่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุในชุมชนได้มากขึ้น เพื่อลดความเสื่อมจากภาวะเอนเอียงในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน - เวลาทำกิจกรรมประมาณ 2-3 ชั่วโมง เป็นเวลาที่พอเหมาะกับการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ เนื่องด้วยผู้สูงอายุในกลุ่มที่แข็งแรงมีตารางกิจกรรมที่ต้องทำหลายอย่างใน 1 วัน หากใช้เวลาที่นานเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมได้ และผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางหรือไม่แข็งแรงจะอ่อนเพลียได้ - ให้พิจารณาจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง กับกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง ไม่แข็งแรงไว้ร่วมกัน เพื่อการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม - ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลผู้สูงอายุระหว่างทำกิจกรรม
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	- ผู้นำองค์กรสนับสนุน - คนทำงานมีความรักและเข้าใจในการดำเนินงาน - การทำงานเป็นทีม สามารถบูรณาการงานร่วมกันได้ - ผู้สูงอายุและญาติมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ - ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

ภาพการจัดกิจกรรมใน Day services

กิจกรรม Highlight ประจำเดือน

1, 8, 15 สิงหาคม 67: ดนตรีบำบัดเช้าและบ่าย

(คอร์สกลุ่มมีปัญหาด้านสุขภาพช่วงเช้า และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดีช่วงบ่าย)

23 สิงหาคม 67: โยคะ

19, 26 สิงหาคม 67: ศิลปะบำบัด Ikebana (ศิลปะการจัดดอกไม้)

20 สิงหาคม 67: Cooking

28 สิงหาคม 67: ออกกำลังกายป้องกันโรค

August

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
Year 2024				ดนตรีบำบัด 1 09.00 – 12.00 น. 13.00 – 12.00 น.	13.00 – 15.30 น. ² กิจกรรมกระตุ้นสมอง และความคิดความจำ	3
4	13.00 – 15.30 น. • กิจกรรมกระตุ้นสมอง • กิจกรรมจิตบำบัด	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมเบาใจ (พินัยกรรมชีวิต ลีขิตเอง)	13.00 – 15.30 น. • กิจกรรมกระตุ้นความคิด ความจำ • กิจกรรมจิตบำบัด	ดนตรีบำบัด 8 09.00 – 12.00 น. 13.00 – 12.00 น.	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมกระตุ้นสมอง และความคิดความจำ	10
11	วันหยุด	13.00 – 15.30 น. - กิจกรรมส่งเสริม การเคลื่อนไหว - กิจกรรมจิตบำบัด	13.00 – 15.30 น. • กิจกรรมกระตุ้นความคิด ความจำ • กิจกรรมจิตบำบัด	ดนตรีบำบัด 15 09.00 – 12.00 น. 13.00 – 12.00 น.	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมกระตุ้นสมอง Brain Exercise	17
18	ศิลปะบำบัด Ikebana 13.00-15.30	cooking 20 13.00-15.30	13.00 – 15.30 น. • กิจกรรมกระตุ้นความคิด ความจำ • กิจกรรมจิตบำบัด	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมเสริมสร้างการ เคลื่อนไหว	โยคะ 23 13.00-15.30 เตรียมเสื้อมาเจอกันนะครับ	24
25	ศิลปะบำบัด Ikebana 13.00-15.30	13.00 – 15.30 น. - กิจกรรมส่งเสริม การเคลื่อนไหว - กิจกรรมจิตบำบัด	ออกกำลังกาย ป้องกันโรค 13.00-15.30	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมเสริมสร้างการ เคลื่อนไหว	13.00 – 15.30 น. กิจกรรมกระตุ้นสมอง และความคิดความจำ	31





เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559.
2. สถาบันประชากรไทยและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551-2553 อ้างอิงใน วรรณภา ศรีธีรรัตน์. 2553; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553.
3. WHO, (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025.
From: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=15DCC10A76CBECBDF519E048AA30350E?sequence=1>
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปรการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ในวันที่ 31 สิงหาคม 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์จำกัด, 2555.
5. รายงานภาวะสมองเสื่อมในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2549.
6. ลัดดา ดำริการเลิศ. ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุทิศทางในอนาคต. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุม The 3rd Thailand Elderly Health Service Forum 2018.
7. วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.
8. WHO. Proposed action for international regional and national partner: Action area 2 Dementia awareness and friendly. BE 140/28, 23 December 2016.
9. อรรพรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม, นิติกุล ทองน่วม, ปนิตา มุ่งกลาง, พิมพ์นารา ดวง. ระบบการคุ้มครอง ทางด้านสุขภาพและสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2563.
10. วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี สี่ทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, สุทินันท์ สุปินดี, นัตตา คำนิยม, อรสา กงตาล, พวงรัตน์ เขาวเจริญ, ปณิตา ลิ้มปะพัฒนะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.
11. อรรพรรณ คูหา (บรรณาธิการ). คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม. โรงพิมพ์ บริษัท อีส ออกัส จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; กันยายน 2563.
12. ผ่องพรรณ อรุณแสง, บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์, ศิริณา ศรีธาทพิสิฐ, กิ่งกาญจนา เมืองโคตร, สงกรานต์. ชันเลื่อน, สุทินันท์ สุปินดี. นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice Vol. 6 No.2 July-December 2019.
13. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ณัฐดา ลิ้มทัย, อารดา โรจนอุดมศาสตร์. ภาวะสมองเสื่อมและการวินิจฉัย. ใน: อรรพรรณ คูหา, บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม. โรงพิมพ์ บริษัท อีส ออกัส จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; กันยายน 2563.
14. ดาวชมพู นาคะวิโร. การจัดการปัญหาและพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ที่มีภาวะสมอง

- เสื่อม. ใน: อรวรรณ คูหา, บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม. โรงพิมพ์ บริษัท อีส ออกลิส จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; กันยายน 2563.
15. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ. การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ของสถานบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2567. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี.
 16. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก หน้าที่ 165. 30 เมษายน 2562.
 17. สปสช. แนวทางการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง: ผู้ที่มีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยระยะประคับประคอง. ในวันที่ 14 มิ.ย. 2567 ณ ห้องประชุม BB 204 โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ กรุงเทพฯ.
 18. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. โรงพิมพ์บริษัทไซเบอร์พริ้นท์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1 2562.
 19. ชีรธรา ธรรมโชติ, สายันต์ จันทบำรุง, อรวรรณ คูหา, จารุณี วิทยากัญ. การพัฒนาโปรแกรมชุดกิจกรรม Brain exercise สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: อรวรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม. คู่มือการจัดกิจกรรม Brain Exercise สำหรับผู้นำกิจกรรม. โรงพิมพ์ บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; กันยายน 2566.
 20. อรวรรณ คูหา, พลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล, จารุณี วิทยากัญ. ใน: อรวรรณ คูหา บรรณาธิการ. คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ. โรงพิมพ์บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; 2563.
 21. พลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล. การพัฒนาชุดกิจกรรม Brain Training สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. ใน: อรวรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม. คู่มือการจัดกิจกรรม Brain Training สำหรับผู้นำกิจกรรม. โรงพิมพ์ บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1; กันยายน 2566.
 22. กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) . 2559.
 23. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครในชุมชน. 2563
 24. ภัชร์จิรสม์ ธัมเมรัตน์. การขับเคลื่อนบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ของสถานบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 ณ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
 25. กระทรวงมหาดไทย. แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ดำเนินการรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิตราชีนี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย. 2565.

26. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจรเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพะเยาพื้นที่นาร่อง ต.แม่ใส อ.เมือง จ.พะเยา ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ของสถานบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2567.
27. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ รพ.พะเยา สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Dementia). ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ของสถานบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2567.
28. กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; ประจำปีงบประมาณ 2557.
29. จารุณี วิทยากัญ. มาตรฐานการดูแลกลางวัน ประเด็น ภาวะสมองเสื่อม. การประชุมเชิงปฏิบัติการ การถอดบทเรียน การดูแลกลางวัน: ศิริรัฐนิคมโมเดล. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. 2566.
30. โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม. รูปแบบการจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และภาวะสมองเสื่อมระยะแรก : ศิริรัฐนิคมโมเดล. 2565.
31. มานิตา กิตติเลิศกุล. รูปแบบการจัดบริการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเวลากลางวันแบบครบวงจร (Day services). สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. 2567.
32. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. (2561). แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(3):27-35.
33. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & ธนวรรณ สารรัตน์, (บรรณาธิการ). (2566). ภาวะสมองเสื่อม: จากการวิจัยสู่การดูแลให้ได้ผลลัพธ์. โครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ. นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ.
34. อรรถรงค์ คูหา, นัสดา คำนิยม. (บรรณาธิการ). (2567). คู่มือการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพ. นนทบุรี: ทวีสินการพิมพ์ จำกัด; 2567.
35. อารดา โรจนอุดมศาสตร์, เจษฎา เขียวขจี, และทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. (บรรณาธิการ). (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทธนาเพรส จำกัด.

ภาคผนวกที่ 1 เอกสาร: แบบฟอร์ม/แบบบันทึก

	หน้า
ภาคผนวกที่ 1.1 ใบส่งปรึกษาเคสภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพะเยา	106
ภาคผนวกที่ 1.2 แบบฟอร์มประเมินก่อนลงชื่อทำกิจกรรมใน Day service	107

ภาคผนวกที่ 1.1

ใบส่งปรึกษาเคสภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

วันส่งปรึกษา.....เบอร์โทรศัพท์ (ผู้ป่วย/ญาติที่ติดต่อได้).....

Chief complaint.....

MMSE.....คะแนน.....

MoCA.....คะแนน.....

Function ที่พบปัญหา ☐ Memory
☐ Language
☐ Visuospatial
☐ Executive
☐ Attention

Provisional diagnosis

☐ Alzheimer' s disease (AD) ☐ Behavioral and Psychological symptom of dementia (BPSD)
☐ Vascular dementia (VAD) ☐ other.....
☐ Parkinson dementia (PDD)
☐ Dementia of lewy body (DLB)

ต้องการส่งปรึกษาเพื่อ 1. Final diagnosis and grading
 2. Care plan and proper management
 3. Other.....

ชื่อผู้บันทึก.....วัน/เดือน/ปี.....

ใบตอบกลับเคสภาวะสมองเสื่อม (dementia)

ชื่อคลินิกที่ให้บริการ.....ตอบกลับวันที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....

Final diagnosis.....

grade ☐ mild ☐ moderate ☐ severe

Care Plan 1.....
 2.....
 3.....
 4.....
 5.....

ปิดเคส เนื่องจาก

☐ หาย/ประสบผลตามเป้าหมาย ☐ เสียชีวิต ☐ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่
☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ☐ ไม่ยินยอม ☐ ที่อยู่ผิดพลาด/ติดต่อไม่ได้

ชื่อผู้บันทึก.....วัน/เดือน/ปี.....

ภาคผนวกที่ 1.2

แบบฟอร์มประเมินก่อนลงชื่อทำกิจกรรมใน Day service

แบบฟอร์ม ประเมินก่อนลงชื่อทำกิจกรรมใน Day service

- ชื่อ.....นามสกุล.....วันที่ในการประเมิน.....
- ระดับการศึกษา.....
- โรคประจำตัว.....
- มีการใช้ยาเป็นประจำ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ประวัติผ่าตัด.....
- อาการผิดปกติในช่วง 1 สัปดาห์นี้ (ถามอีกครั้งในวันที่ร่วมกิจกรรม)
 - ☐ ไข้ ☐ วิงเวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน
 - ☐ ไอ ☐ ประวัติคนรู้จัก/ คนในครอบครัวเป็นวัณโรค
 - ☐ เจ็บคอ ☐ เคยเป็นวัณโรค ... กินยา.....เดือน ใครเป็นผู้ให้หยดยา.....
 - ☐ น้ำมูก ☐ เคยมีประวัติชัก ชักล่าสุด.....
 - ☐ ผื่น
- ประเมิน FRAIL scale ผล.....
- ประเมิน 2Q ผล.....
- ประเมิน Mini-cog ผล.....
- ประเมิน TUG ผล.....
- ประเมิน Thai CV risk.....

*หมายเหตุ หากปกติทุกข้อ เข้าเกณฑ์เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มแข็งแรง การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการยืดความสามารถของร่างกาย สมอง และจิตใจให้แข็งแรง ไม่ได้เป็นการรักษาภาวะเจ็บป่วย จึงไม่สามารถเบิกได้ในกรณีเข้าร่วมกิจกรรม แต่หากผิดปกติเพียง 1 ข้อต้องเข้าพบแพทย์ก่อนทุกกรณี

ภาคผนวกที่ 2 เอกสารสำหรับทีมอาสาสมัครสาธารณสุข

	หน้า
ภาคผนวกที่ 2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล	109
ภาคผนวกที่ 2.2 แบบทดสอบ Mini-Cog (S.Borson)	111
ภาคผนวกที่ 2.3 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม	112
ภาคผนวกที่ 2.4 แบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุไทย (IQCODE)	113
ภาคผนวกที่ 2.5 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)	115

ภาคผนวกที่ 2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล

The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี HN

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ก. ☐ 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ข. ☐ 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า ค. ☐ 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า,หวีผม,แปรงฟัน,โกนหนวด,ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง) ก. ☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ ข. ☐ 1 ทำเองได้(รวมทั้งที่ตัวเองได้ ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	
3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้) ก. ☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วและล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น ข. ☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนพยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้ ค. ☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ง. ☐ 3 ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) ก. ☐ 0 ช่วยตัวเองไม่ได้ ข. ☐ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งช่วยตัวเองได้ดี(ขึ้นนั่งและลงโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังเสร็จธุระ,ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) ค. ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Mobility(การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ก. ☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ข. ☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้และจะต้องเข้า ออกมุมห้องหรือประตูได้) ค. ☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย ง. ☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ก. ☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อยมาก ข. ☐ 1 ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย ค. ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ก. ☐ 0 ไม่สามารถทำเองได้ ข. ☐ 1 ต้องการคนช่วย ค. ☐ 2 ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้เอง)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) ก. ☐ 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ข. ☐ 1 อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ) ก. ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระ หรือใช้ยาระบายอยู่เสมอ ข. ☐ 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง ค. ☐ 2 กลั้นได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) ก. ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ หรือต้อง CIC ข. ☐ 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง ค. ☐ 2 กลั้นได้เป็นปกติ	

การประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เรล Activity Daily Living: ADL) -มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

การแปลผล:

คะแนนรวม ADL (เต็ม 20 คะแนน)	แปลผล
0-4	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ Very low initial score /Total dependence
5-8	ภาวะพึ่งพารุนแรง Low initial score/Severe dependence
9-11	ภาวะพึ่งพานกลาง Intermediate initial score /Moderately severe dependence
12+	ไม่เป็นภาวะพึ่งพา Initial high /Mildly severe dependence; consideration of discharging home

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 2.2 แบบทดสอบ Mini-Cog (S.Borson)

วันที่.....

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี HN

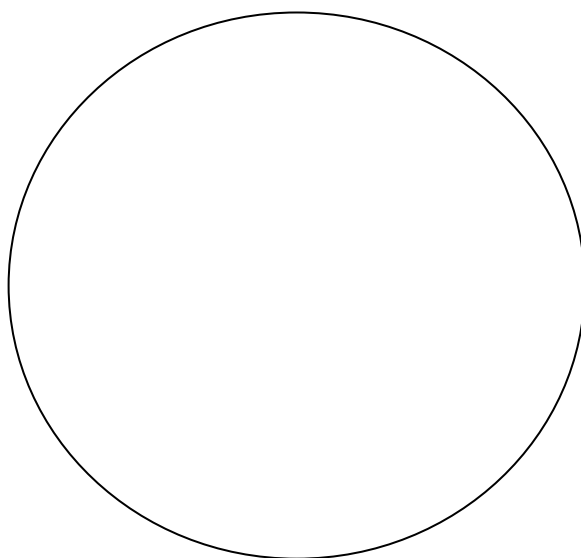
ขั้นที่ 1 ให้ผู้ทดสอบพูดตามและจำคำ 3 คำ ไว้ แล้วจะกลับมาถามซ้ำ

หลานสาว

สวรรค์

ภูเขา

ขั้นที่ 2 วาดรูปนาฬิกา โดยใส่ ตัวเลข และเข็มนาฬิกา ที่เวลา 11.10 น



ขั้นที่ 3 ให้ผู้ทดสอบบอกคำ ที่ให้จำไว้ 3 คำ ในขั้นที่ 1

การให้คะแนน

Word recall	 (0-3 คะแนน)	1 คะแนน ต่อ 1 คำ
Clock Draw	 (0 หรือ 2 คะแนน)	2 คะแนน วาดรูปครบถ้วนทั้งตัวเลขและเวลา
รวมคะแนน	 (0-5 คะแนน)	คะแนน Word recall+ Clock Draw

การแปลผล Mini-Cog (S.Borson) ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน มีภาวะ Cognitive ผิดปกติ

ที่มา: Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 2.3 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม

วันที่.....

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

แต่้ม 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

แต่้ม 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

แต่้ม 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์

แต่้ม 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

กิจกรรม		แต่้ม			
		1	2	3	4
1	หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆไม่ได้				
3	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม่จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4	ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือ เมื่อสองสามวันก่อน				
6	ลืมเพื่อนสนิท หรือญาติสนิท หรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				
7	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์ หรือ วารสารที่อ่าน				
8	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12	ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิดอาการหลงทิศ หรือ หลงทาง				
13	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึงสองครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้หิวผมเสร็จไป				
14	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้เล่าเสร็จ				

การแปลผล ทำแบบทดสอบสมรรถภาพความจำคะแนนมากกว่า 30 ควรไปพบแพทย์

ที่มา : แปลจากบทความใน British Medical Association โดย ชาญกัญญา ตันติลีปิกร (วท.ม.จิตวิทยาคลินิก)

สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล และพญ.โสภา เกริกไกรกุล

หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพฯและวชิรพยาบาล

ผลรวมคะแนน =

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 2.4 แบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุไทย (IQCODE)

วันที่.....

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

ขอความกรุณาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเปรียบเทียบความจำ สถิติปัญหาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันของผู้สูงอายุ โดยทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่แสดงถึงระดับการเปลี่ยนแปลงว่า ดีขึ้นมาก ดีขึ้นเล็กน้อย เท่าเดิม แย่ลงเล็กน้อย หรือแย่ลงมาก

ตัวอย่างเช่น ถ้าเมื่อ 10 ปีก่อนผู้สูงอายุจำชื่อคนอื่นไม่ค่อยได้ และปัจจุบันยังคงจำไม่ค่อยได้เหมือนเดิมนั้น ให้ถือว่า “เท่าเดิม” ไม่เปลี่ยนแปลง

แต่ถ้าเมื่อ 10 ปีที่แล้วจำได้ดี แต่ตอนนี้จำไม่ได้เลย ให้ถือว่าแย่ลงมาก

แต่ถ้า 10 ปีที่แล้วจำไม่ได้เลย ตอนนี้จำได้บ้าง ถือว่าดีขึ้นเล็กน้อย

อาการของผู้สูงอายุ	การเปลี่ยนแปลงระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้นมาก (1)	ดีขึ้นเล็กน้อย (2)	ไม่เปลี่ยนแปลง (3)	แย่ลงเล็กน้อย (4)	แย่ลงมาก (5)
1. ความจำในรายละเอียดของคนในครอบครัว หรือญาติเกี่ยวกับอาชีพที่อยู่ (ถ้าเมื่อ 10 ปีที่แล้วจำได้ดี แต่ตอนนี้จำไม่ได้เลย ให้ถือว่าแย่ลงมาก แต่ถ้า 10 ปีที่แล้วจำไม่ได้เลย ตอนนี้จำได้บ้าง ถือว่าดีขึ้นเล็กน้อย)					
2. จำได้ว่าตอนนี้พักอาศัยอยู่ที่ไหน					
3. ทราบเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต					
4. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน					
5. สามารถใช้เครื่องมือที่คุ้นเคยภายในบ้าน					
6. สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั่วๆ ไป					
7. สามารถที่จะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับให้เหตุผลในสิ่งนั้นได้					
8. สามารถทำงานเคยทำ					

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย = $\frac{\text{คะแนนรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด}}$

คะแนนเฉลี่ย มากกว่าหรือเท่ากับ 3.42 ผิดปกติ

ผู้ตรวจ

วิธีการคิดคะแนน

เมื่อผู้ใช้ข้อมูลได้ประเมินถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละข้อคำถามใน IQCODE แล้ว ก็ทำการคิดคะแนน โดยคะแนนในแต่ละข้อคำถามจะให้ตามที่คุณให้ข้อมูลตอบไว้ดังนี้

ดีขึ้นมาก	=	1	คะแนน
ดีขึ้นเล็กน้อย	=	2	คะแนน
ไม่เปลี่ยนแปลง	=	3	คะแนน
แย่ลงเล็กน้อย	=	4	คะแนน
แย่ลงมาก	=	5	คะแนน

ต่อจากนั้นก็หาคะแนนเฉลี่ย ด้วยการนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด (ตามสูตรข้างล่าง)

$$\text{คะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด}}$$

ถ้าผู้สูงอายุท่านใดที่มีคะแนนเฉลี่ย Modified IQCODE มากกว่าหรือเท่ากับ 3.42 ผู้สูงอายุท่านนั้น มีโอกาสที่จะมีภาวะสมองเสื่อม (Siri *et al*, 2006)

ภาคผนวกที่ 2.5 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)

วันที่.....

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะการรับรู้คิด

ในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกต้องจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1	อายุ..เท่าไร คำตอบ.....		
2	ขณะนี้เวลา..อะไร คำตอบ.....		
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.. คำตอบ.....		
4	ปีนี้..ปีอะไร คำตอบ.....		
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.. คำตอบ.....		
6	คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี่คือใคร.. (ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ) คำตอบ.....		
7	วัน เดือน ปีเกิด ของท่านคือ.. คำตอบ.....		
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร คำตอบ.....		
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอย่างไร คำตอบ.....		
10	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....		

การแปลผล

- ถ้าตอบ “ถูก” ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ (abnormal cognitive function)

ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

ที่มา : คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ : กระทรวงสาธารณสุข 2559

เอกสารประกอบการทดสอบสภาพสมอง : AMT

คู่มือการทดสอบสภาพสมอง : AMT

1. อายุ..เท่าไร	“อายุ” เป็นอายุจริงของผู้ถูกทดสอบ ต้องตอบเป็นตัวเลขเท่านั้นจึงจะถือว่าตอบถูก
2. ขณะนี้เวลา..อะไร	“เวลา” เป็นเวลาขณะทำการทดสอบ - กรณีผู้ถูกทดสอบดูนาฬิกาต้องตอบ ณ เวลานั้นจึงจะถือว่าตอบถูก - กรณีผู้ถูกทดสอบไม่ได้ดูนาฬิกา อาจตอบเป็น ชั่วโมง นาที วินาที ฯลฯ
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ..	“ที่อยู่ปัจจุบัน” อาจตอบแบบครบถ้วน เช่น 50/1 หมู่ 7 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี หรือ ตอบเฉพาะตำบล อำเภอ จังหวัด
4. ปีนี้..ปีอะไร	“ปี” ใช้ตามปฏิทินสากล เช่น พ.ศ.2541 ค.ศ.1998 หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร..	“สถานที่” เป็นสถานที่ ณ วันทำการทดสอบ เช่น บ้าน โรงพยาบาล
6. คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร.. (ชี้ที่คนใกล้ๆ :ญาติ)	ต้องตอบถูกทั้งสองคน เช่น หมอ ลูก จึงจะถือว่าตอบถูก
7. วัน เดือน ปีเกิด ของท่านคือ..	ต้องตอบถูกทั้ง 3 คำตอบจึงจะถือว่าตอบถูก โดย - วัน หมายถึงวันที่เกิด ใช้ตามปฏิทินสากลหรือจันทรคติ ต้องตอบเป็นตัวเลข - เดือน หมายถึงเดือนเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (มกราคม ถึงธันวาคม) หรือจันทรคติ (เดือนอ้าย ถึง เดือน 12) - ปี หมายถึงปีเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (พ.ศ.2541 ค.ศ. 1998) หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร	ถ้าตอบ 2516 หรือ 16 จึงจะถือว่าตอบถูก
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอย่างไร	- ถ้าตอบเป็น “พระนาม” จึงจะถือว่าตอบถูก เช่น ภูมิพลอดุลยเดช - ถ้าตอบ “คำแทนพระนาม” ถือว่าตอบผิด เช่น ในหลวง พ่อหลวง รัชกาลที่ 9
10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1	ต้องตอบ 20 19 18 17 16 ...จนถึง...1 จึงจะถือว่าตอบถูก

ที่มา : คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ : กระทรวงสาธารณสุข 2559

ภาคผนวกที่ 3 เอกสารสำหรับทีมสุขภาพ

	หน้า
ภาคผนวกที่ 3.1 Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)	118
ภาคผนวกที่ 3.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002	120
ภาคผนวกที่ 3.3 แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	124
ภาคผนวกที่ 3.4 แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)	125
ภาคผนวกที่ 3.5 แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ	126
ภาคผนวกที่ 3.6 แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครในชุมชน	128

ภาคผนวกที่ 3.1 Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

วันที่.....

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

รายการ	คะแนน
1. การใช้โทรศัพท์ ก. ☐ ใช้โทรศัพท์ได้ด้วยตนเอง เช่น ค้นหาเลขหมายและกดโทรออกได้ (1) ข. ☐ โทรออกเฉพาะ 2-3 เบอร์ที่คุ้นเคย (1) ค. ☐ รับโทรศัพท์ได้ แต่โทรออกไม่ได้ (1) ง. ☐ ไม่ได้ใช้โทรศัพท์เลย (0)	
2. การจ่ายตลาดหรือซื้อของ ก. ☐ จัดการซื้อสิ่งของตามที่ต้องการได้ด้วยตนเอง (1) ข. ☐ ซื้อสินค้าที่มีราคาไม่แพงได้ด้วยตนเอง (0) ค. ☐ ต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายตลาดหรือซื้อสิ่งของ (0) ง. ☐ ไม่สามารถจ่ายตลาดหรือซื้อสิ่งของได้เลย (0)	
3. การเตรียมอาหาร ก. ☐ วางแผน ปรงและจัดสำหรับอาหารได้เหมาะสมด้วยตนเอง (1) ข. ☐ ปรงอาหารได้ครบถ้ามีการเตรียมส่วนประกอบไว้ให้ (0) ค. ☐ อุ่นอาหารและจัดโต๊ะอาหารได้หรือเตรียมอาหารได้ แต่ไม่เพียงพอกับจำนวนคน (0) ง. ☐ ต้องการความช่วยเหลือในการเตรียม อาหารที่มีการปรุงสำเร็จ และจัดสำหรับให้ (0)	
4. การทำงานบ้าน ก. ☐ จัดการดูแลบ้านทั้งหมดได้ด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง (1) ข. ☐ ทำงานบ้านเบาๆ ได้เอง เช่น การล้างจาน การทำเตียง (1) ค. ☐ ทำงานบ้านเบาๆ ได้ แต่ไม่ค่อยเรียบร้อยหรือสะอาด (1) ง. ☐ ต้องการความช่วยเหลือในการจัดงานบ้าน (1) จ. ☐ ไม่สามารถทำงานบ้านได้เลย (0)	
5. การซักผ้า ก. ☐ ซักผ้าได้ด้วยตนเอง (1) ข. ☐ ซักผ้าชิ้นเล็กๆ หรือถุงเท้าได้ (1) ค. ☐ ต้องให้คนอื่นซักเสื้อผ้าให้ (0)	
6. การเดินทางหรือการใช้นานพาหนะ ก. ☐ สามารถเดินทางได้ด้วยตนเองโดยขับรถส่วนตัวหรือใช้พาหนะโดยสารสาธารณะ เช่น รถเมล์ เรือเมล์ รถไฟฟ้า เป็นต้น (1) ข. ☐ สามารถเดินทางโดยรถรับจ้างเหมาหรือไม่ประจำทาง เช่น การใช้รถแท็กซี่ได้ด้วยตนเอง (1)	

รายการ	คะแนน
ค. ☒ เดินทางด้วยรถโดยสารสาธารณะ <u>พร้อมกับผู้ดูแลได้</u> (1) ง. ☐ เดินทางโดยรถรับจ้างเหมาหรือไม่ประจำทาง เช่น รถแท็กซี่ <u>พร้อมกับผู้ดูแล</u> (0) จ. ☐ ไม่สามารถเดินทางได้เลย (0)	
7. การรับประทานยา ก. ☒ รับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง (1) ข. ☐ รับประทานยาเองได้ ถ้ามีคนอื่นจัดเตรียมไว้ให้ (0) ค. ☐ ไม่สามารถจัดการหรือรับประทานยาเองได้เลย (0)	
8. การจัดการกับการเงิน ก. ☒ จัดการธุรกรรมการเงินได้ด้วยตนเอง เช่น การใช้เงินอย่างเหมาะสม การเขียนเช็ค (1) การติดต่อกับธนาคารหรือการจ่ายค่าน้ำ/ไฟ หรือเก็บสะสมเงินรายได้ ด้วยตนเอง ข. ☐ ใช้จ่ายเงินเล็กน้อยประจำวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อติดต่อกับธนาคาร (1) หรือใช้เงินที่มีจำนวนมาก ค. ☐ ไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้เลย (0)	
คะแนนรวม	/8

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 3.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร ☐
- 1.2 วันนี้..วันอะไร ☐
- 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร ☐
- 1.4 ปีนี้..ปีอะไร ☐
- 1.5 ฤดูนี้..ฤดูอะไร ☐

2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร ☐
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร ☐
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร ☐
- 2.2.3 ที่นี้อำเภอ หรือ เขตอะไร ☐
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ

(ตา,ยาย...)

ฟังดีๆ นะคะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...)

พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ตีสะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

4. Attention or Calculation : ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1

ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

..... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า

มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”

..... ☐

ว า น ะ ม

5. Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

6. Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐

6.2 ขึ้นนาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐

7. Repetition : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)

พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว “ใครใคร่ขายไก่ไข่”

☐

8. Verbal command : ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

☐

9. Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า

“หลับตา”

☐ หลับตาได้

☐

10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

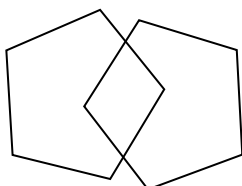
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

☐ ประโยคมีความหมาย

☐

11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



.....

☐

จุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

การแปลผล

- ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัดแสดงว่า เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)
- ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 3.3 แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี HN

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน																		
จุดเริ่มต้น จุดสิ้นสุด []	คัดลอก, ถูกบาศก์ []	[] [] [] รูปร่าง ตัวเลข เข็ม	_____ /5																			
NAMING		[] [] []		_____ /3																		
MEMORY	อ่านจุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>หน้า</th> <th>คำไหน</th> <th>วัด</th> <th>มะลิ</th> <th>สีแดง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ทวนครั้งที่ 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ทวนครั้งที่ 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีแดง	ทวนครั้งที่ 1						ทวนครั้งที่ 2						
	หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีแดง																	
ทวนครั้งที่ 1																						
ทวนครั้งที่ 2																						
ATTENTION	อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัววินาที) ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ [] 2 1 8 5 4 ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ [] 7 4 2 อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบกะโตะเมื่อได้อินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าคิดเกิน 2 ครั้ง) [] 52139411806215194511141905112 เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ ถึง 7 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 ลบถูก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน			_____ /2 _____ /1 _____ /3																		
LANGUAGE	Repeat : อ่านว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานวันนี้ [] แม่มักซ่อนตัวอยู่หลังเก้าอี้เมื่อมีหมาอยู่ในห้อง [] Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที ก [] _____ (N ≥ 11 words)			_____ /2 _____ /1																		
ABSTRACTION	บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กบ-ส้ม : เป็นผลไม้ [] รถไฟ-จักรยาน [] นาฬิกา-ไม้บรรทัด			_____ /2																		
DELAYED RECALL	ให้ทวนจุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>หน้า</th> <th>คำไหน</th> <th>วัด</th> <th>มะลิ</th> <th>สีแดง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </tbody> </table> ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย				หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีแดง	[]	[]	[]	[]	[]	[]	_____ /5						
	หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีแดง																	
[]	[]	[]	[]	[]	[]																	
Optional	Category cue Multiple choice cue																					
ORIENTATION	ระดับคะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 25 ผิดปกติ ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปกติ [] สถานที่ [] จังหวัด			_____ /6																		

Translated by Solaphat H.
Trial version 01 Updated /
๓๗ Neeardina MDผู้ตรวจ
ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 3.4 แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี HN.....

แบบประเมินซึมเศร้า โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในระยะหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

			คะแนน
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
2. ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
3. ท่านรู้สึกชีวิตของคุณว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
5. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
6. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
7. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
8. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
9. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้านหรือการทำสิ่งใหม่ๆ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
10. ท่านคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
11. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
13. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
14. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
15. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่	.....
คะแนนรวม			.....
ผู้ตรวจ	.....		

การคิดคะแนน ข้อที่ 1, 5, 7, 11, 13 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

ส่วนข้อที่ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนน น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ปกติ,

มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ตรวจ

แบบเครื่องมือวิจัย TGDS-15 (Thai Geriatric Depression) : ศาตราจารย์แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปารัตน์

ภาคผนวกที่ 3.5 แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสุขภาพ (ตามกรอบแนวคิดแผนการดูแลแบบองค์รวม 6 มิติ) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566)

แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Plan) สำหรับบุคลากรสุขภาพ (Dementia Care Manager: DCM)

หน่วยบริการ ฉบับที่...../..... เมื่อวันที่.....

ชื่อ-สกุล อายุ ปี ว.ด.ป.เกิด เลขบัตรประชาชน
 ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์ สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกต้นสังกัด
 ผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ โทรศัพท์

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป โรคประจำตัว สัญญาณชีพ Temp.....C, PR.....ครั้ง/min RR.....ครั้ง/min BP.....mmHg ส่วนสูง .....cm. น้ำหนัก kg. ดัชนีมวลกาย (BMI) Kg/m ² ☐ ปกติ ☐ ผอม ☐ อ้วน ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ☐ ติดบ้าน ☐ ติดเตียง ☐ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ☐ เคลื่อนไหว/เคลื่อนไหวไม่ได้ ☐ ปัญหาการกิน ☐ ปัญหาขับถ่าย ☐ สับสน ☐ เจ็บป่วยรุนแรง ☐ อื่นๆ ระบุ		2. ประเมินภาวะสุขภาพ (ควรพิจารณาใช้ร่วมกับคู่มือและแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2564) Barthel Index.....คะแนน Chula ADL Index.....คะแนน TAI.....คะแนน ภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 MNA .....คะแนน ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ☐ ขาดสารอาหาร FRAX score ☐ Fracture มากกว่าหรือเท่ากับ 20% ☐ Hip Fracture มากกว่าหรือเท่ากับ 3 % Timed Up and Go test .....วินาที ☐ เสี่ยงหกล้ม (≥ 12 วินาที) ☐ เดินไม่ได้ ☐ ปกติ ประวัติหกล้ม ☐ เคย.....ครั้ง ☐ ไม่เคย ประเด็นปัญหาอื่นๆ ภาวะซึมเศร้า 2Q ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง 9Q ☐ น้อยมาก (<7คะแนน) ☐ น้อย (7-12คะแนน) ☐ ปานกลาง (13-18 คะแนน) ☐ รุนแรง (≥ 19 คะแนน) สมรรถภาพสมอง ☐ MMSE-T 2002.....คะแนน ☐ MoCA .....คะแนน ☐ Mini Cog .....คะแนน ☐ FAST scale..... ระยะสมองเสื่อม ☐ ผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุปกติ ☐ ระยะที่ 1 (เล็กน้อย/ไม่รุนแรง) ☐ ระยะที่ 2 (ปานกลาง) ☐ ระยะที่ 3 (รุนแรง/ระยะท้าย) ประเด็นปัญหาอื่นๆ	
3. ประวัติการใช้ยา 1. 2. 3. 4. 5. ประวัติแพ้ยา	4. ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต 	5. สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการวางแผนการดูแล: ปัญหาด้านสมรรถภาพสมอง/ภาวะสมองเสื่อม A: F: B: H: C: I: D: L: D: M: E: อื่นๆ	
6. แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน (ตามแนวทางกรมอนามัย)			
แนวคิดต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว	เป้าหมายการดำรงชีวิตระยะสั้น (น้อยกว่า 3 เดือน)		แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว)
บริการที่นอกเหนือจากรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)	กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน		ข้อควรระวัง

ผู้จัดทำแผนการดูแล วันที่.....

คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (care plan)

7. แผนการดูแล/กิจกรรม/การช่วยเหลือ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว						
หัวข้อ	ประเด็น	รายละเอียดปัญหาที่พบ	เป้าหมาย	แผนการดูแล	ความถี่	ประเมินผล
	G: Goal of care					
	K: Knowledge					
ร่างกาย	C: Cognition/ Communication					
	D: Diet					
	D: Drug					
	H: Health					
	I: Illness					
จิตใจ	B: Behavioral & psychological symptoms of dementia					
สังคม	E: Environment					
	F: Family & caregiver					
	L: Legal					
	M: Management					
	N: Network					
ความสามารถ เชิงปฏิบัติ	A: ADLs & physical activities					
จิตวิญญาณ	J: Joyful activities of spiritual & join social activities health					

หมายเหตุ: แผนการดูแล/กิจกรรม/การช่วยเหลือ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว มีรายละเอียดกิจกรรมในเล่มคู่มือและคำแนะนำการใช้งาน

8. สรุปประเมินผลตามเป้าหมายของการดูแล

คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (care plan)

ภาคผนวกที่ 3.6 แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน (ตามแนวทางการดูแล 5อ-3ส-1ย) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566)

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครในชุมชน ฉบับที่...../..... เมื่อวันที่.....

ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี ว.ด.ป.เกิด..... เลขบัตรประชาชน.....
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกได้
 ผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ วันที่.....

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ	2. ประเมินภาวะสุขภาพ	3. ประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแล
โรคประจำตัว	ADL.....คะแนน ภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ภาวะซึมเศร้า 2Q ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง	
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ☐ ติดบ้าน ☐ ติดเตียง ☐ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ☐ เคลื่อนไหว/เคลื่อนไหวไม่ได้ ☐ ปัญหาการกิน ☐ ปัญหาขับถ่าย ☐ ปัญหาการใช้ยา	สมรรถภาพสมอง ☐ AMT.....คะแนน แบบประเมินอื่นๆ ☐ ☐ ระยะสมองเสื่อม ☐ ระยะที่ 1 (เล็กน้อย/ไม่รุนแรง) ☐ ระยะที่ 2 (ปานกลาง) ☐ ระยะที่ 3 (รุนแรง/ระยะท้าย)	
4. แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว (ตามแผนปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายโดยบุคลากรทีมสุขภาพ)		
แนวคิดต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว	เป้าหมายการดำรงชีวิตระยะสั้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (ระยะยาว)
บริการที่นอกเหนือจากรายสัปดาห์	กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน	ข้อควรระวัง
ประเด็นปัญหาตาม 5อ.3ส.1ย.	การดูแลตามหลัก 5อ.3ส.1ย.	แผนการดูแล/ติดตามเยี่ยม
5อ.	5อ.	กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพสมอง ☐ ฝึกสมอง ☐ กระตุ้นสมอง ☐ ฟันฟุสมอง ☐ ติดตาม/ดูแลปัญหาอาการผิดปกติพฤติกรรมและอารมณ์
3ส.	3ส.	การเยี่ยมบ้าน ☐ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 2 ครั้ง/สัปดาห์
1ย.	1ย.	อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ผู้จัดทำแผนการดูแล ลงชื่อ.....

คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (care plan)



กรมการแพทย์
Department of Medical Services