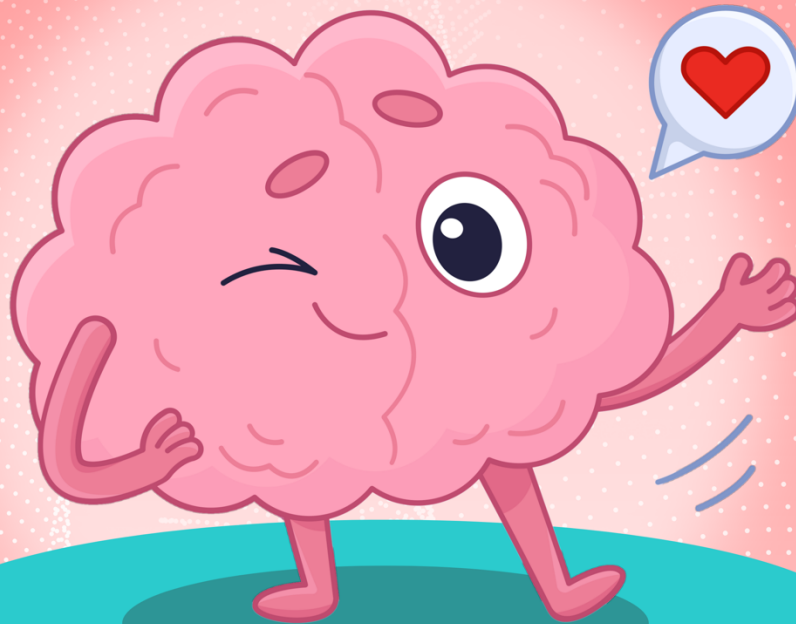


คู่มือ

**การจัดกิจกรรม Brain care
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย)
ในการจัดบริการการดูแลแบบกลางวัน (Day care)
และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้นำกิจกรรม**



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
เมษายน 2568

คู่มือ

การจัดกิจกรรม Brain care

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย)

ในการจัดบริการการดูแลแบบกลางวัน (Day care)

และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้นำกิจกรรม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เมษายน 2568

ที่ปรึกษาโครงการ

อธิบดีกรมการแพทย์

รองอธิบดีกรมการแพทย์

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

อาจารย์แพทย์ สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร

ผู้ช่วยหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะทำงาน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวอรรณพ คุหา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นายภรต สุภากุล

นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ

นางสาวณัฐนันท์ รุ่งเรืองสหพันธ์

นักโภชนาการ

นางสาวขวัญฤดี มีผิว

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายพิบูลวงศ์ โปลังวงศ์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายณัฐพล ใหม่เพย

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร

อาจารย์แพทย์

นางสาวพลินท์ญา พัชราพิสิฐกุล

นักกิจกรรมบำบัด

นางสาวจารุณี วิทยาจักร

นักจิตวิทยาคลินิก

โรงพยาบาลศิริราช

พว.สุวรรณี นิยมจิตร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

พว.พรทิพา นวลมุสิก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลขอนแก่น

นางสาวเกณิกา โสมะโสภ

นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.นัตตา คำนิยม

อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการ

นางสาวอรรณพ คุณหา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวพลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล นักกิจกรรมบำบัด
นายภรต สุภากุล นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ

จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2568

จำนวนหน้า 57 หน้า

โรงพิมพ์ : บริษัท สันทนาการพิมพ์ จำกัด

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อรรณพ คุณหา.

คู่มือการจัดกิจกรรม Brain care ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย) ในการจัดบริการการดูแลแบบกลางวัน (Day care) และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้นำกิจกรรม.--
นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2568.

57 หน้า.

1. ภาวะสมองเสื่อม. I. พลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล, ผู้แต่งร่วม. II. ภรต สุภากุล, ผู้แต่งร่วม. III.
ชื่อเรื่อง.

616.83

ISBN 978-616-11-5438-7

คู่มือการจัดกิจกรรม Brain care ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย) ในการจัดบริการการ
ดูแลแบบกลางวัน (Day care) และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้นำกิจกรรม
เป็นลิขสิทธิ์ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

คำนำ

ปัจจุบัน ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรสูงวัยทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในระยะแรก (รุนแรงน้อย) เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ดูแล แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง การส่งเสริมสุขภาพกายและใจ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม คู่มือฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ทั้งในรูปแบบของ ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care) และ การดูแลที่บ้าน (Home Care) คู่มือฉบับนี้ นำเสนอแนวทางการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยอาศัยองค์ความรู้จากสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและตอบโจทย์ ความต้องการของผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ และการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีคุณภาพ การจัดทำคู่มือฉบับนี้เป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการนำแนวทางไปใช้เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปรับใช้ในสถานพยาบาล ศูนย์ดูแล และที่บ้านของผู้สูงอายุ เป้าหมายสำคัญของคู่มือเล่มนี้คือการช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถคงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ลดภาวะพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนอกจากนี้ สถาบันฯ ยังมุ่งหวังให้คู่มือฉบับนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว โดย เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพสมองเข้ากับระบบบริการสุขภาพของประเทศ และการบูรณาการร่วมกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืน

ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็น ประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ดูแล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไทยให้ดียิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีความสุขต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
บทที่ 1	บทนำ 1
บทที่ 2	การพัฒนาโปรแกรม Brain care สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะรุนแรงน้อย 12
บทที่ 3	ชุดเมนูกิจกรรมในโปรแกรม Brain Care 20
บทที่ 4	การนำใช้โปรแกรม Brain Care 41
ภาคผนวก	คณะทีมงานร่วมพัฒนาโปรแกรม 49
	QR code คู่มือ/เอกสาร

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ตัวอย่างกิจกรรมการกระตุ้นสมรรถภาพสมองในการจัดบริการ 1 วัน	16
ตารางที่ 2	ตัวอย่างกิจกรรมในการจัดบริการสุขภาพในระหว่างวัน	17
ตารางที่ 3	การจัดโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุใน Day care จำนวน 12 ชุดกิจกรรม	42
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินการจัดบริการการดูแลกลางวัน ตาม 6 building	45

สารบัญรูปภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	รูปแบบกิจกรรมแบ่งตาม cognitive function	42

บทที่ 1

บทนำ

นางสาวอรรณพ คุหา

นางสาวพลินท์ชญา พัชรพาพิสิฐกุล

ความเป็นมา

องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ได้ให้คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมถอยของความจำ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในขณะที่ Alzheimer Association ได้ให้ความหมายภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท อันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้าๆและต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำ และมีความผิดปกติด้าน เชาวน์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การคิด การตัดสินใจ และการเคลื่อนไหวโดยที่ระดับความรู้สึกรู้ตัวเป็นปกติ และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคมได้ในที่สุด⁽²⁾

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 2023 ชี้ว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายปานกลางและต่ำ⁽³⁾ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 82 ล้านคนในปี 2030 และ 152 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050⁽⁴⁾ ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ประมาณ 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยค่าใช้จ่ายประมาณ ร้อยละ 50 เกิดจากการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยญาติหรือเพื่อน นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของโลก และเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการพิการและภาวะพึ่งพิงของกลุ่มผู้สูงอายุ⁽³⁾

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรไทยทั่วประเทศ จำนวน 66 ล้านคน⁽⁵⁾ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁶⁾ และถือได้ว่าเป็นประเทศไทยเป็นอันดับสองของอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete-Age Society)⁽⁵⁾ นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2578 หรืออีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society)⁽⁷⁾ คือ มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁸⁾

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (2557) พ.ศ. 2559 พบว่าในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 พบในเพศชายร้อยละ 6.8 และเพศหญิงร้อยละ 9.2 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 22.6⁽⁹⁾ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน⁽¹⁰⁾ จากสถิติผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคภาวะสมองเสื่อม พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 770,000 คน และกระทรวงสาธารณสุขได้สรุปรายงานการป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ถึง 2565 ซึ่งใน

ปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 11,865 คน และโรคอัลไซเมอร์ 8,227 คน แสดงให้เห็นข้อมูลมีผู้เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 2.61⁽¹¹⁾

โดย ภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะโรคตามระดับความรุนแรงได้ 7 ระดับ ตาม Global Deterioration Scale ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1-3) เป็นความบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment, MCI) หรือภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย)⁽¹²⁾ ซึ่งจากงานวิจัยความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ พบความชุกร้อยละ 30.8⁽¹³⁾ โดยแม้จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้านแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ 2) ระยะปานกลาง (ระยะที่ 4-6) จำสิ่งแปลกใหม่สถานที่หรือบุคคลใหม่ไม่ได้ ต่อม่าจะลืมประวัติส่วนตัวและรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสีย เกิดความสับสนวัน เวลา สถานที่ และแม้กระทั่งเรื่องสำคัญของชีวิต และ 3) ระยะสุดท้าย (ระยะที่ 7) ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ ไม่รับรู้ตนเองและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกายในที่สุด⁽¹²⁾

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อรองรับการใช้บริการในระบบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้น และจำนวนประชากรที่จะกลายเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเพิ่มมากขึ้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆะราชญาณสงวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์และเครือข่ายคณะทำงานและพัฒนาโปรแกรม จึงได้จัดทำคู่มือการจัดกิจกรรม Brain care ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย) ในรูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบกลางวัน (Day care) และการดูแลที่บ้าน (Home Care) สำหรับผู้นำกิจกรรม เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพ นำใช้ในการจัดบริการสุขภาพด้านสมอง ทั้งในมิติทางการแพทย์และทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก (รุนแรงน้อย) เพื่อให้สามารถคงศักยภาพสมองไว้นาน และคงทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งการสนับสนุนในเชิงนโยบายสำหรับการจัดการและดูแลกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลางที่เข้าในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศ คู่มือนี้จะเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการในระดับพื้นที่ต่อไป

มาตรฐานการจัดบริการในสถานบริการการดูแลกลางวัน (Day care)

การจัดบริการในสถานบริการการดูแลกลางวัน (Day care)^(14,15) หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวันหรือการให้บริการแบบไปกลับ ไม่มีบริการพักค้างคืน จัดบริการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระหว่างวันที่ญาติหรือผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลได้ ซึ่งส่งผลดีต่อผู้สูงอายุที่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองและสามารถได้รับการดูแลจากสถานบริการที่มีผู้ให้บริการความรู้ความสามารถในแต่ละสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ญาติหรือผู้ดูแลยังได้รับประโยชน์ โดย

สามารถไปทำงานได้ตามปกติหรือมีช่วงพักทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ โดยไม่สูญเสียรายได้หรือประโยชน์ที่ควรได้รับ ขณะที่ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการบริการได้

ลักษณะสำคัญของสถานบริการการดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับผู้สูงอายุ

1. ให้บริการเฉพาะช่วงกลางวัน โดยไม่ค้างคืน
2. มีการดูแลสุขภาพพื้นฐาน เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การส่งเสริมโภชนาการ
3. ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกายเบา ๆ การฝึกสมอง
4. ลดภาระของครอบครัว ช่วยให้ญาติสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวล
5. มีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม เช่น พยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด

มาตรฐานการจัดบริการในสถานบริการการดูแลกลางวัน (Day Care) สำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ: ผู้ให้บริการควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน
2. คุณภาพการให้บริการ: การบริการควรมีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
3. อาคารสถานที่และสภาพแวดล้อม: สถานที่ควรมีการออกแบบที่เหมาะสม ปลอดภัย และเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ
4. การวางแผนและการดูแลส่วนบุคคล: ควรมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการและวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
5. การบริหารและการจัดการองค์กร: องค์กรควรมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส
6. บุคลากร: ควรมีบุคลากรที่ได้รับการอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ

มาตรฐานการดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับกลุ่มภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยองค์การอนามัยโลก⁽¹⁶⁾ รายงานว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นในอนาคต บริการดูแลกลางวัน (Day Care) เป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาระของผู้ดูแล⁽¹⁷⁾

การดูแลกลางวัน (Day Care) หมายถึง ศูนย์หรือสถานบริการที่ให้การดูแลและจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงเวลากลางวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพสมอง ส่งเสริมการเข้าสังคม และลดภาระของครอบครัว⁽¹⁸⁾ การดูแลกลางวันเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) ซึ่งได้รับการสนับสนุนว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการชะลออาการของโรคสมองเสื่อม⁽¹⁹⁾

มาตรฐานการดูแลกลางวันสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. โครงสร้างและสภาพแวดล้อมของศูนย์บริการ

ศูนย์ดูแลกลางวันควรมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น พื้นที่ที่ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง และมีระบบป้องกันอุบัติเหตุ⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ ควรมีสภาพแวดล้อมที่ช่วยลดความสับสน เช่น การใช้สีและสัญลักษณ์ที่ชัดเจนเพื่อช่วยในการนำทาง⁽²¹⁾

2. บุคลากรและการดูแลแบบสหวิชาชีพ

การให้บริการควรดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพจำเพาะอื่นๆ โดยมีการฝึกอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม⁽²²⁾ งานวิจัยพบว่าทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²³⁾

3. กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพสมองและการเข้าสังคม

ศูนย์ดูแลกลางวันควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานของสมองและความสามารถทางสังคม เช่น กิจกรรมศิลปะ ดนตรีบำบัด และเกมฝึกสมอง⁽²⁴⁾ การวิจัยระบุว่ากิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงของสมองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม⁽²⁵⁾

4. การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล

นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ศูนย์ดูแลกลางวันควรมีบริการให้คำปรึกษาและฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลและสามารถรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver burden) ของผู้ดูแลด้วย⁽²⁶⁾

5. การประเมินผลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการดูแลกลางวันควรมีระบบการประเมินผลการดำเนินงานและการพัฒนาของผู้ป่วย เช่น การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต และการวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล⁽²²⁾

ศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของผู้ดูแล การจัดบริการควรมีมาตรฐานที่ครอบคลุมด้านโครงสร้าง บุคลากร กิจกรรม และการสนับสนุนครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

แนวทางการพัฒนาสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย)

แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็นสองรูปแบบหลัก ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งแต่ละแนวทางมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราการเสื่อมถอยของสมองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁹⁾ สำหรับแนวทางการพัฒนาสมรรถภาพสมองภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย จะดำเนินการในรูปแบบการรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีที่สำคัญสำหรับการดูแลภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต

วิธีการหลักสำหรับการดูแลภาวะสมองเสื่อม

การกระตุ้นสมอง (Cognitive Stimulation) โดยการทำกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น เกมฝึกสมอง การอ่านหนังสือ และการแก้ไขปริศนา ซึ่งมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าสามารถช่วยชะลอการเสื่อมถอยของสมองได้⁽²⁴⁾

การออกกำลังกาย (Physical Exercise) เช่น การเดิน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การออกกำลังกายเหล่านี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองและส่งเสริมการทำงานของเซลล์ประสาท⁽²⁷⁾

การดูแลด้านโภชนาการ (Nutritional Management) โดยการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารบำรุงสมอง เช่น อาหารที่อุดมด้วยโอเมก้า-3 วิตามินบี และสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งมีผลต่อการลดความเสี่ยงของการเสื่อมถอยทางปัญญา⁽²⁸⁾

การปรับสิ่งแวดล้อม (Environmental Modifications) เช่น การใช้สัญลักษณ์ช่วยจำ การจัดห้องให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽²¹⁾

การสนับสนุนให้มีการเข้าสังคม (Social and Emotional Support) เช่น การเข้าร่วมชมรม การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการให้คำปรึกษาทางจิตใจ⁽²⁶⁾

หลักการทำกิจกรรมเพื่อคงความสามารถและพัฒนาสมรรถภาพสมองในภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อยยังคงมีความสามารถในการทำกิจกรรมด้านการรู้คิด (cognitive) และการเรียนรู้ในระดับหนึ่ง ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสมองจึงต้องคำนึงถึงหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการทำงานของสมอง มีดังนี้

1. Cognitive Reserve Theory: ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมองสามารถเพิ่มความสามารถในการรับมือกับการเสื่อมถอยของสมองได้ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การอ่านหนังสือ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการเล่นเกมฝึกสมอง ช่วยให้สมองสร้างเครือข่ายการเชื่อมโยงใหม่ๆ และคงความสามารถในการรู้คิด (cognitive) ได้นานขึ้น⁽²⁹⁾

2. Neuroplasticity: มีการค้นพบว่าสมองมีความยืดหยุ่น เซลล์ประสาทสมองสามารถปรับตัวและสร้างการเชื่อมต่อใหม่ได้ แม้ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมการรักษา เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด และการทำกิจกรรมฝึกความจำ สามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและลดความเสี่ยงของเซลล์ประสาทได้⁽³⁰⁾

3. Errorless Learning: หลักการนี้เป็นแนวทางการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ด้วยการสอนสิ่งที่ถูกต้องให้เลย กล่าวคือการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องเสมอ โดยการให้คำแนะนำทีละขั้นตอนและเสริมแรงเชิงบวก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และจดจำข้อมูลได้ง่ายขึ้น กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกจำลำดับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และการใช้คำใบ้เพื่อช่วยจำ⁽³¹⁾

ความเหมาะสมของ Cognitive Stimulation ในการพัฒนากิจกรรมดูแลสมรรถภาพสมอง

Cognitive Stimulation เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อดูแลสมรรถภาพสมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย โดยกิจกรรมที่ออกแบบควรมีลักษณะดังนี้

1. มีโครงสร้างชัดเจน (Structured Activities) เพื่อกำหนดแนวทางในการกระตุ้นความสามารถสมองอย่างเป็นระบบ เช่น โปรแกรมฝึกความจำที่มีระดับความยาก-ง่าย ชัดเจน และแบบฝึกหัดที่พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา⁽²³⁾

2. ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Socially Engaging Activities) การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มร่วมกันจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ส่งเสริมให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกัน นับเป็นการช่วยคงความสามารถด้านภาษา และการเข้าสังคมไว้ เช่น กิจกรรมกลุ่ม การทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยว⁽²⁵⁾

3. เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย (Personalized and Adaptive Activities) โดยออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตลอดกิจกรรม⁽³²⁾

แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา ในลักษณะของกิจกรรมกระตุ้นสมองเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสมองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยควรออกแบบตามหลักการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำนิยามคำศัพท์

1. สมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของปรีชา (cognitive function) ซึ่งรวมถึงความจำ การใช้เหตุผล ทักษะทางภาษา และความสามารถในการแก้ปัญหา อาการของภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบุคคลและอาจมีสาเหตุจากโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะสมองเสื่อมจากพาร์กินสัน⁽¹⁶⁾

2. ระยะสมองเสื่อม (Stages of Dementia) หมายถึง ภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็นหลายระยะตามความรุนแรงของอาการ โดยทั่วไปแบ่งเป็นสามระยะหลัก ได้แก่

- **ระยะเริ่มต้น (Mild Dementia)**
ผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้แต่มีอาการหลงลืม การวางแผนและการตัดสินใจลดลง
- **ระยะปานกลาง (Moderate Dementia)**
มีความบกพร่องทางการรู้คิดอย่างชัดเจน มีปัญหาในการสื่อสารและต้องได้รับความช่วยเหลือมากขึ้น
- **ระยะรุนแรง (Severe Dementia)**

ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา และอาจมีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวหรือซึมเศร้า⁽³³⁾

3. การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive Stimulation) หมายถึง การกระตุ้นสมรรถภาพสมองเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานของสมอง เช่น เกมฝึกสมอง กิจกรรมศิลปะ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของสมองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยพบว่าการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเพิ่มความสามารถด้านความจำ ความสนใจ และทักษะการแก้ปัญหา⁽²⁴⁾

4. Brain Care หมายถึง Brain Care เป็นแนวทางการให้บริการสุขภาพและการดูแลกลางวัน (Day Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ การให้บริการมุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงเทศกาล⁽²³⁾

5. มาตรฐานการจัดบริการการดูแลกลางวัน (Day Care Standards) หมายถึง มาตรฐานการจัดบริการการดูแลกลางวันหมายถึงแนวทางและข้อกำหนดในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าบริการแบบ Day Care ควรครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล⁽³⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. ภาวะสมองเสื่อม. องค์การอนามัยโลกภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก. https://www.who.int/westernpacific/health-topics/dementia#tab=tab_1. เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2025.
2. อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิทักษ์ นันทาวัง, รัฐภูมิ เมืองแก้ว, อติสร ศรีทิพย์รักษ์, นิภาพรณ ทิพย์จักร. ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; [ปีที่พิมพ์ไม่ระบุ].
3. World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. ขาววิทย์ ดันวีระชัยสกุล, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการลดความเสี่ยงภาวะการรู้คิดถดถอยและภาวะสมองเสื่อม. เชียงใหม่: แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2563.

5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด [The 2024 survey of the older persons in Thailand provincial level]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
7. สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล, สำนักงาน ก.พ. ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. หนังสือวารสารข้าราชการ. 2561;60(4):1-23.
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุในไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
9. วิจัย เอกพลากร. (บก.). (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
10. อรวรรณ คูหา, นิติกร ทองท่อม, ปนิตา มุ่งกลาง, พิมพ์นารา ดวงดี. ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):119-128.
11. รัชณี หาญสมสกุล, วัฒนา ชยะธวัช. การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(4):74-85.
12. อารดา ไรจนอุดมศาสตร์, เจษฎา เขียวขจี, และทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. (บรรณาธิการ). (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทธนเพรส จำกัด.
13. วลี รัตนวัตร, ดาวชมพู นาคะวิโร, ภัทรพร วิสาจันทร์. ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 55-64. 1
14. มาตรฐานแนวทางการให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน 2563.. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (<https://hp.anamai.moph.go.th>)
15. มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (<https://hp.anamai.moph.go.th>)
16. World Health Organization. (2020). Dementia. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

17. Brodaty & Donkin, (2009) .Family Caregivers of People with Dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 11, 217-228.
18. Gaugler et al., (2003). Caregiving and Institutionalization of Cognitively Impaired Older People: Utilizing Dynamic Predictors of Change. The Gerontologist, 43, 219-229.
19. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
20. Alzheimer's Disease International, 2018. The state of the art of dementia research: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2018.pdf>
21. Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. The Gerontologist, 41(1), 4-14. <https://doi.org/10.1093/geront/41.1.4>
22. World Health Organization [WHO], 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>.
23. Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2003). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognitive stimulation therapy for people with dementia. Neuropsychological Rehabilitation, 13(1-2), 11-20. <https://doi.org/10.1080/09602010244000335>
24. Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. Neuropsychological Rehabilitation, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
25. Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>

26. Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529>
27. Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R., & Petersen, R. C. (2011). Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 876-884. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0252>
28. Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., & Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation. *Archives of Neurology*, 63(12), 1709-1717. <https://doi.org/10.1001/archneur.63.12.1709>
29. Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
30. Kempermann, G. (2008). The neurogenic reserve hypothesis: What is adult hippocampal neurogenesis good for? *Trends in Neurosciences*, 31(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.01.002>
31. Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Roth, I., & Hodges, J. R. (2000). Errorless learning of name-face associations in early Alzheimer's disease. *Neurocase*, 6(1), 37-46.
32. Clare, L., Kudlicka, A., Oyebode, J. R., et al. (2019). Cognitive rehabilitation, self-management, psychotherapeutic and caregiver support interventions in dementia: A systematic review of reviews and preliminary model. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1289-1301. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1438728>
33. McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
34. World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>.

บทที่ 2

การพัฒนาโปรแกรม Brain care สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย

นางสาวพลินท์ชญา พัทธพิสิฐกุล

นางสาวอรรณณ คุหา

นายภรัฐ สุภากุล

นางสาวจารุณี วิทยาจักษ์

หลักการการพัฒนาโปรแกรม Brain Care สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของความสามารถทางสมอง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรผู้สูงอายุ การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการช่วยชะลอการเสื่อมถอยและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

โปรแกรม Brain Care ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย (Mild Dementia) โดยใช้แนวทางแบบสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach) ที่ผสมผสานความเชี่ยวชาญจากบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา ซึ่งมีหลักการสำคัญในการพัฒนาโปรแกรม Brain Care โดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากล

หลักการพื้นฐานของโปรแกรม Brain Care

1. การใช้แนวทางแบบสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach)

โปรแกรม Brain Care ใช้แนวทางแบบสหวิชาชีพที่รวมความเชี่ยวชาญจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ซึ่งตามที่ Clare และคณะ⁽²⁾ ได้แสดงให้เห็นว่า การดูแลแบบสหวิชาชีพสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ การบูรณาการความเชี่ยวชาญจากนักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา พยาบาล นักดนตรีบำบัด นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และบุคลากรอื่นๆ ช่วยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกความต้องการ ทั้งนี้ Brodaty และ Arasaratnam⁽³⁾ ยังพบว่า การจัดการดูแลที่มีความร่วมมือจากสหวิชาชีพสามารถลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่าการดูแลโดยวิชาชีพเดียว

2. การมุ่งเน้นการคงไว้ซึ่งความสามารถทางสมอง (Cognitive Preservation)

การกระตุ้นสมองอย่างเหมาะสมเป็นหลักการสำคัญของโปรแกรม โดย Woods และคณะ⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงระบบ (Systematic Review) พบว่า การกระตุ้นความคิด (Cognitive Stimulation Therapy

หรือ CST) มีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถทางสมอง คุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง นักกิจกรรมบำบัดและนักจิตวิทยา จะทำงานร่วมกันในการออกแบบ กิจกรรมส่งเสริมความสามารถสมองที่มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ Spector และคณะ⁽⁵⁾ ยังแสดงให้เห็นว่า การกระตุ้นความคิดอย่างต่อเนื่องสามารถรักษาระดับความสามารถทางสมองได้ยาวนานกว่าการไม่ได้รับการกระตุ้น

3. การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Promotion)

การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม โดย Forbes และคณะ⁽⁶⁾ ได้ทำการวิเคราะห์ทอิกมาน (Meta-analysis) พบว่า การออกกำลังกายสามารถส่งเสริมการทำงานของสมองในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ การออกแบบกิจกรรมทางกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้เข้าร่วมแต่ละคนเป็นสิ่งสำคัญ เพราะฉะนั้นนักกายภาพบำบัด และนักเวชศาสตร์การกีฬา ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายจึงมีบทบาทสำคัญ Groot และคณะ⁽⁷⁾ ยังพบว่า การออกกำลังกายแบบผสมผสานที่รวมทั้งการฝึกความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และสมดุลร่างกาย ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการส่งเสริมการทำงานของสมองในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Engagement)

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมถอยของสมอง Livingston และคณะ⁽⁸⁾ ระบุว่า การแยกตัวทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้สำหรับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคมในช่วงเทศกาล การใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าด้วยกัน สร้างความผ่อนคลายในระหว่างทำกิจกรรม โดยนักดนตรีบำบัด และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสมีส่วนร่วมทางสังคม Wang และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมน้อย

การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม Brain Care

1. การกระตุ้นความสามารถทางสมอง (Cognitive Stimulation)

กิจกรรมการกระตุ้นสมองได้รับการออกแบบตามหลักการของ Cognitive Stimulation Therapy (CST) ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ กิจกรรมครอบคลุมการฝึกความจำ การรับรู้ การใช้ภาษา และการแก้ปัญหา ตัวอย่างเช่น กิจกรรมฝึกความจำผ่านเกมจับคู่ภาพ ,กิจกรรมเล่าเรื่องจากภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้ภาษา เกมแก้ปัญหาอย่างง่าย เช่น ปริศนาต่างๆ กิจกรรมศิลปะและงานฝีมือที่กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์

2. การออกกำลังกาย (Physical Exercise)

กิจกรรมการออกกำลังกายถูกออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงน้อย โดยผสมผสานการออกกำลังกายที่หลากหลาย เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เบาๆ เช่น การเดิน หรือการเต้นรำ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืดหรือน้ำหนักเบา การฝึกความยืดหยุ่นและการทรงตัว เช่น โไทเก็ก หรือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเป็นกลุ่มภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญมีผลดีต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

3. การส่งเสริมทักษะทางภาษาและสังคม (Language and Social Skills)

กิจกรรมส่งเสริมทักษะทางภาษาและสังคมจะเน้นการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น การพูดคุยในกลุ่มเกี่ยวกับหัวข้อที่น่าสนใจ, การเล่นเกมที่ต้องใช้การสื่อสาร การอ่านหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารร่วมกันกิจกรรมดนตรีบำบัดที่ส่งเสริมการแสดงออกและการมีส่วนร่วม ดนตรีบำบัดสามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามเทศกาล (Seasonal Activities)

การจัดกิจกรรมตามเทศกาลช่วยให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและช่วยในการนำทางด้านเวลา (Temporal Orientation) เช่น การทำอาหารตามเทศกาล การจัดเตรียมการตกแต่งสำหรับวันสำคัญต่างๆ การร่วมฉลองวันสำคัญทางศาสนาหรือวันหยุดประจำชาติ การท่องจำและร้องเพลงตามเทศกาล เป็นต้น

การประเมินและติดตามผล

การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนสำคัญของโปรแกรม Brain Care ซึ่งผู้ประเมินควรมีความเข้าใจในแบบประเมินหรือแบบทดสอบนั้น ๆ ทั้งในวิธีการประเมิน จุดประสงค์ของเครื่องมือ การให้คะแนนและการแปลผลอย่างถูกต้อง เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ทั้งนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตั้งแต่ความสามารถของสมอง อารมณ์ การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิต จึงเป็นการประเมินแบบผสมผสาน ประกอบด้วย

1. การประเมินความสามารถทางสมอง

เป็นการประเมินความสามารถในการจำ การคิดเชิงนามธรรม การบริหารจัดการ (Executive function) การรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ การรับรู้วัน เดือน ปีและสถานที่ ซึ่งทำให้เห็นความสามารถในการรู้คิด (cognition) ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยควรใช้เวลาในการประเมินไม่นานเกินไปและแบบทดสอบมีมาตรฐาน ตัวอย่างแบบทดสอบที่สามารถเลือกใช้ในการประเมิน เช่น Mini-Mental State Examination (MMSE), Thai Mental State Examination (TMSE) หรือ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย เป็นต้น มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วยที่เข้าร่วม

กิจกรรมในสถานบริการดูแลกลางวัน สามารถใช้แบบประเมิน Barthel Index หรือ Functional Independence Measure (FIM) (12) ซึ่งนอกจากเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแล้วยังครอบคลุมการรู้คิด ภาวะทุพพลภาพหรือประเมินหลังทำกายภาพบำบัดด้วย อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้มีลิขสิทธิ์ สามารถติดต่อที่ https://www.udsmr.org/?page_id=53 (หรือ subscriptioninfo@udsmr.org)

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

ความสามารถของสมองที่เสื่อมถอยลงของผู้ป่วยสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเงิน หรือการดำเนินชีวิตโดยรวม เป็นต้น การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถใช้แบบประเมิน Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับผู้ดูแล

4. การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจำได้ และยังสามารถพบในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เช่นกัน ดังนั้น การใส่ใจและคำนึงถึงสภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ โดยสามารถเลือกใช้แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ทั้งนี้ควรมีการประเมินก่อนเริ่มโปรแกรม ระหว่างดำเนินโปรแกรม และหลังจบโปรแกรม เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตโดยรวม

แนวทางการเลือกกิจกรรมในการจัดบริการสุขภาพ

การเลือกกิจกรรมทุกกิจกรรมคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ กิจกรรมแต่ละกิจกรรมสามารถปรับใช้ให้สอดคล้องตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล ขึ้นกับผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพการดูแลกลางวัน (Day care) ส่วนใหญ่เป็นช่วงอายุเท่าไร ระดับการศึกษา ความสนใจ และผลการประเมินสภาพสมอง สิ่งเรานี้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจในการเลือกกิจกรรมที่จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

หลักในการเลือกกิจกรรม

1. ความสนใจ เลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและอยากจะทำเป็นตัวเริ่มต้น
2. ความสามารถ เลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยความสามารถทำได้เป็นหลัก โดยกิจกรรมง่ายๆ ไปสู่กิจกรรมที่ยากขึ้นตามลำดับให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย
3. ความปลอดภัย กิจกรรมที่จำเป็นต้องมีความปลอดภัยกับตัวผู้สูงอายุ พิจารณาเรื่องของมีคมที่อาจเป็นอันตรายได้

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Brain care)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมและคงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามความสามารถสูงสุดของตัวผู้สูงอายุ สามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม

โดยตารางนี้จะแสดงตัวอย่างการเลือกกิจกรรมเพื่อกระตุ้นความสามารถสมองแต่ละด้านและทักษะต่างๆ ใน 1 วัน และ/หรือ สามารถปรับกิจกรรมให้เหลือกิจกรรมเพียงครั้งวันก็ได้ ขึ้นกับลักษณะกลุ่มหรือผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกิจกรรมการกระตุ้นสมรรถภาพสมองในการจัดบริการ 1 วัน

เวลา	กิจกรรม	เวลา (นาที)
8.30-9.00	กิจกรรมทักทายและพูดคุยยามเช้า (Morning talk)	30
9.00-9.45	กิจกรรมออกกำลังกาย	45
9.45 – 10.30	พักเบรกเช้า (ทานอาหารว่าง / ทำธุระส่วนตัว)	45
10.30 – 11.30	Cognitive stimulation activities	60
11.30 – 11.45	Meal preparing (เตรียมทานอาหารกลางวัน)	15
11.45 – 12.45	รับประทานอาหารกลางวัน (และทำความสะอาดสถานที่)	60
12.45 – 13.00	ทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน)	15
13.00 – 13.30	Day Nap หรือ ทำกิจกรรมตามความสนใจ	30
13.45 – 15.15	กิจกรรมงานประดิษฐ์ / ดนตรี / ศิลปะ / การเกษตร / กิจกรรมตามเทศกาล	90
15.15 – 15.45	ช่วยเก็บอุปกรณ์ และกิจกรรมสนทนาการ	30
15.45-16.15	สรุปกิจกรรมในวันนี้ (Checkout moment)	30
16.15-16.30	พักผ่อนตามอัธยาศัยเพื่อกลับบ้าน	15

การจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วงเวลา 30 - 90 นาที ตารางกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็น ตารางกิจกรรมหลัก ที่สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสามารถแตกเป็นตารางกิจกรรมอื่นๆ ได้อีกโดยกิจกรรมในช่วงเช้าเน้นการออกกำลังกายและกิจกรรมกระตุ้นสมอง และในช่วงบ่ายจะเน้นเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ไม่เครียด ผ่อนคลาย และการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม (Social cognition)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างกิจกรรมในการจัดบริการสุขภาพในระหว่างวัน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างกิจกรรม	ความสามารถ สมองที่ถูกกระตุ้น
Morning talk	การกระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมถึงประเด็นที่ น่าสนใจในช่วงเวลา ปัจจุบัน	- เปิดกลุ่มตามกระบวนการทำกลุ่ม ทบทวน วัน เวลา สถานที่ในการจัด กิจกรรม - ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว และทบทวนชื่อ สมาชิกแต่ละท่านที่มาร่วมกลุ่ม - แจ้งถึงภาพรวมกิจกรรมในทั้งวัน กติกา และข้อตกลง - ชวนสมาชิกที่ร่วมกลุ่ม เชื้ออินอาร์มณ และความรู้สึกในวันนี้ - จากนั้น สามารถเลือกได้ว่าจะชวนอ่าน ข่าวสารประจำวันที่น่าสนใจ ,ชวน แลกเปลี่ยนสิ่งที่ประทับใจหรือสิ่งที่ อยากจะเล่าให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟัง ชวนให้แลกเปลี่ยนการรับมือกับความ วิตกกังวลหรือการรับมือเมื่อเกิด ความเครียด หรือประเด็นอื่นๆที่ น่าสนใจ	Memory Social cognition Language
ออกกำลังกาย	เสริมสร้างความแข็งแรง สร้างความยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อ	- ออกกำลังกายบริหารสมอง - ทำยืดเหยียด - โยคะ - ตาราง 9 ช่อง	Visuospatial Attention Executive function
Cognitive stimulation activities	ส่งเสริมการทำงานของ สมอง เพื่อช่วยชะลอการ เสื่อมของสมองและ เสริมสร้างคุณภาพชีวิต	- บอกชื่อสิ่งของในหมวดหมู่ต่างๆ - จับผิดภาพ - จับคู่ภาพ - เรียงลำดับสถานการณ์ - บวก-ลบ เลข - จับคู่ภาพกับเงา เป็นต้น	Memory Attention Visuospatial Executive function Social cognition

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างกิจกรรม	ความสามารถ สมองที่ถูกกระตุ้น
			Language
เตรียมทาน อาหารกลางวัน	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก ทักษะการใช้ ชีวิตประจำวันและรู้สึกรับ คุณค่าในตัวเอง	- เตรียมชุดอุปกรณ์รับประทานอาหาร กลางวัน - เตรียมสถานที่รับประทานอาหาร กลางวัน (จัดโต๊ะ เก้าอี้) - เตรียมน้ำดื่ม กระดาษทิชชู - ล้างมือ ทำความสะอาดร่างกาย ทานยา ก่อนอาหารกลางวัน(ถ้ามี)	Memory Attention Visuospatial Executive function Social cognition
นันทนาการ	เพื่อความผ่อนคลาย สังคมและการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	- เกมหมากรุก - เกมไพ่ต่างๆ - เกมหมากฮอส - เกมบิงโก	Attention Executive function
วันสำคัญ	การสืบสานประเพณีไทย การทำกลุ่มเพื่อการเข้า สังคมและการ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	- วันลอยกระทง - วันสงกรานต์ - วันขึ้นปีใหม่ - วันสำคัญทางศาสนา	Social cognition Language
จิตอาสาเพื่อทำ ความดี	เพื่อเป็นการสร้างคุณค่า ของตนเองและ	- กิจกรรมแพ็คของเพื่อบริจาค - กิจกรรมทำเด็อนมเทียมเพื่อบริจาคผู้ป่วย มะเร็งเต้านม - กิจกรรมอ่านหนังสือเพื่อคนตาบอด (Read for the blind)	Attention Executive function
งานประดิษฐ์	กระตุ้นความคิด สร้างสรรค์และทดลอง ทำสิ่งใหม่ที่อาจจะไม่เคย ทำมาก่อน	- สานกระเป๋จากเส้นพลาสติก - พับดอกไม้ออกจากใบเตย - การถักโครสติก - การตัดตุ๊ก (ภาคเหนือ) - กิจกรรมทำหมวกปาร์ตี้ - การจัดดอกไม้	Memory Executive function

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างกิจกรรม	ความสามารถ สมองที่ถูกกระตุ้น
ดนตรีบำบัด	สร้างความผ่อนคลาย สบายใจ และกระตุ้น ความคิดสร้างสรรค์	- ปล่อยใจไปกับเสียงเพลง (ผ่อนคลายฟัง เพลงบรรเลง) - ร้องเล่นเต้นตามเพลง(ร้องเพลง ประกอบการเต้น) - สร้างสรรค์ทำนองเพลง (เล่นดนตรี)	Attention Visuospatial
ด้านการเกษตร และสิ่งแวดล้อม	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก ทักษะการใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก สร้างความผ่อนคลาย และรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง	- การเพาะถั่วงอก - การปลูกไม้ดอกไม้กระถาง - กิจกรรมจัดสวนถาด - กิจกรรมตัดต้นบอนไซ	Attention Executive function
การพักจิตสงบใจ (ขึ้นอยู่กับศาสนา ของแต่ละบุคคล)	สร้างความผ่อนคลาย สบายใจ	- สวดมนต์ - แผ่เมตตา - นั่งทำสมาธิ - ฟังเทศน์ - ตักบาตร	Attention
ด้านการทำ กิจวัตรประจำวัน	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก ทักษะการใช้ ชีวิตประจำวันและรู้สึกมี คุณค่าในตัวเอง	- กิจกรรมทำอาหาร - ฝึกใช้โทรศัพท์และติดต่อสื่อสาร - ซักผ้าด้วยเครื่องซักผ้า	Memory Attention Executive function Visuospatial

บทที่ 3

ชุดเมนูกิจกรรมในโปรแกรม Brain Care

นางสาวพลินท์ชญา พัทธาพิสิฐกุล

นายภรัฐ สุภากุล

นางสาวอรรณณ คุหา

ชุดเมนูกิจกรรมในโปรแกรม Brain Care ในการจัดบริการสุขภาพและการดูแลกลางวัน (day care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะแรก (รุนแรงน้อย) ได้กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในการกระตุ้นทักษะสมองแต่ละด้าน ซึ่งสามารถนำมาพิจารณาคัดเลือกกิจกรรมสำหรับจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตามบริบทได้ และสามารถนำชุดเมนูมาประยุกต์ในการวางแผนและดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง เพื่อให้การดูแลในระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

3.1 เมนูกิจกรรม Cognitive stimulation activities เพื่อกระตุ้นความสามารถสมองในแต่ละด้าน สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.1.1 กิจกรรมกระตุ้นความใส่ใจ (Attention)

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
กิจกรรมหาและระบายสีตัวอักษร	- ให้ค้นหาตัวอักษรที่กำหนด เช่น “ก” หรือ “A” จากตัวอักษรที่กระจายอยู่บนกระดาษ - ใช้สีไม้ระบายสีตัวอักษรที่พบ - สามารถเปลี่ยนเป็นตัวเลข, สัญลักษณ์ง่ายๆ หรือ รูปสิ่งของ แทนตัวอักษรได้	- ฝึกการจดจ่อกับรายละเอียด - กระตุ้นการรับรู้ข้อมูลภาพ - ส่งเสริมความสามารถในการแยกแยะข้อมูล	- กระดาษที่มีตัวอักษรหลากหลาย - สีไม้ / สีเทียน
กิจกรรมจับผิดภาพ	ให้ดูภาพ 2 ภาพ และหาสิ่งที่แตกต่างกัน เช่น จำนวนวัตถุ สี หรือรูปร่าง	ฝึกการคงความสนใจและสังเกตรายละเอียด	รูปภาพที่คล้ายกัน 2 รูป แต่มีความ

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
	• ชี้หรือวงกลมส่วนที่แตกต่าง	• เสริมสร้างความสามารถในการเปรียบเทียบข้อมูลภาพ	แตกต่างกันเล็กน้อย
กิจกรรมไฟ่บวกเลข	• เปิดให้ดูไฟ่ทีละ 3-5 ใบ • ให้หาผลรวมของตัวเลขบนไฟ่ แล้วเขียนใส่ในกระดาศ • ในกรณีทีคิดผลบวกได้คล่องและเก่งขึ้น ให้เพิ่มจำนวนไฟ่ เป็น 6-8 ใบ • และหากผู้เข้าร่วมมีความสามารถในการคิดได้อย่างต่อเนื่อง สามารถกำหนดให้ไฟ่ สีแดง แทนตัวเลขทีนำไปลบได้	• ฝึกการคงความสนใจ • กระตุ้นความสามารถในการคิดคำนวณ	• ไฟ่ขนาดใหญ่ 1 สำหรับ • กระดาศ • ดินสอ
เสียงนี้ของใคร	• ให้นั่งฟังเสียงทีเล่น เช่น เสียงสัตว์ร้อง เสียงเครื่องดนตรี เสียงธรรมชาติ เสียงสิ่งของ เสียงนักร้อง • ให้เลือกภาพหรือสิ่งของทีตรงกับเสียงทีได้ยิน • ค่อยๆ เพิ่มความซับซ้อน โดยให้จับคู่เสียงกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น เสียงโทรศัพท์ เสียงน้ำไหล	• ฝึกการเลือกใส่ใจและความสามารถในการแยกแยะเสียง • กระตุ้นความสนใจผ่านประสาทสัมผัส	• ไฟล์เสียงหรือเครื่องดนตรีง่าย • ภาพของสิ่งกำเนิดเสียง
แยกสีและรูปทรง	• แจกชุดโซ่ขนาด 2 เซนติเมตร ทีมีสีและ	• ฝึกการเลือกใส่ใจและความสามารถในการแยกแยะสี และ รูปทรง	• โซ่ขนาด 2 เซนติเมตร คละสี และรูปทรง

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
	รูปทรงหลากหลายให้คนละ 1 ถ้วย ● ให้แยกสี หรือ รูปทรงของโซ่ ● จากนั้นให้ต่อเป็นเส้นตามสีหรือ รูปทรง	● กระตุ้นความสนใจผ่านประสาทสัมผัส	● ถ้วยกระดาษ

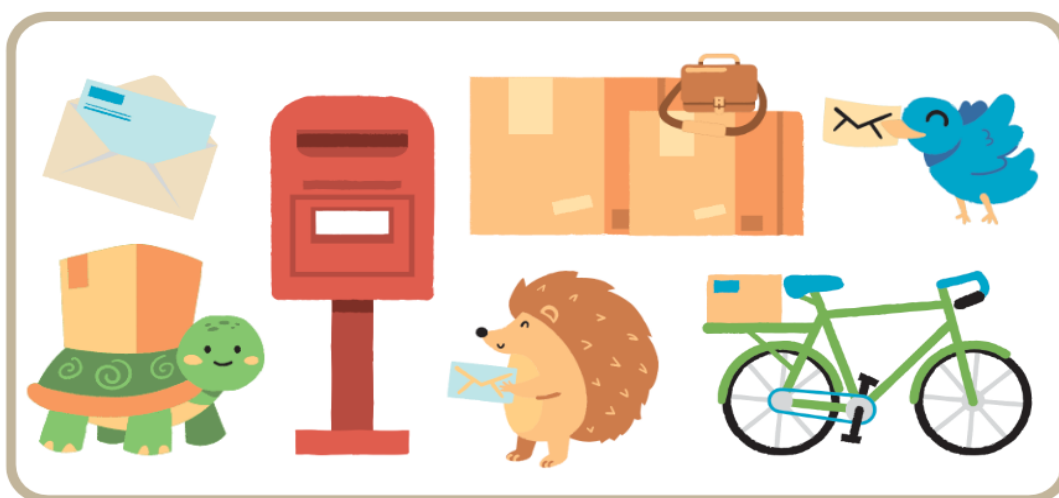
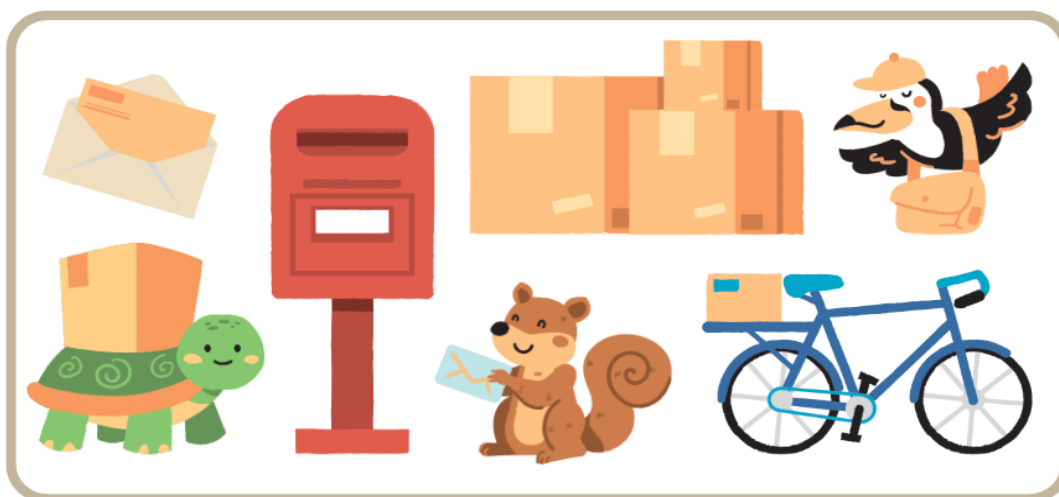
ตัวอย่างกิจกรรม : กระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านความใส่ใจ (Attention) เช่น

- 1) กิจกรรมหาและระบายสีตัวอักษร
- 2) กิจกรรมจับผิดภาพ
- 3) กิจกรรมจับผิดภาพ
- 4) กิจกรรมไฟ่บวกลเลข

กิจกรรมจับผิดภาพ

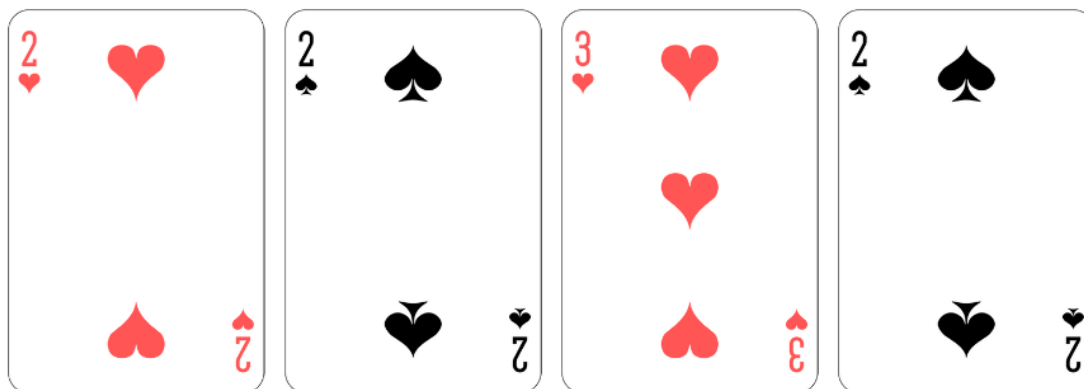
หาจุดที่แตกต่าง

หาจุดแตกต่าง 5 จุด
วงกลมรอบจุดแตกต่างแต่ละจุดในภาพด้านล่าง



กิจกรรมไพ่บวกเลข

หาผลรวมของตัวเลขบนไพ่ต่อไปนี้

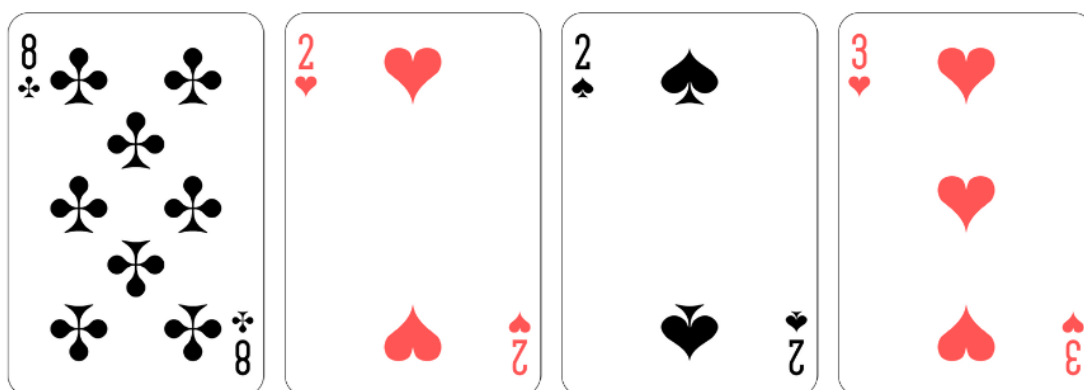


$$2+2+3+2 = 9$$

หาผลรวมของตัวเลขบนไพ่ตามเงื่อนไขต่อไปนี้

ตัวเลขบนไพ่นี้นำไปบวก

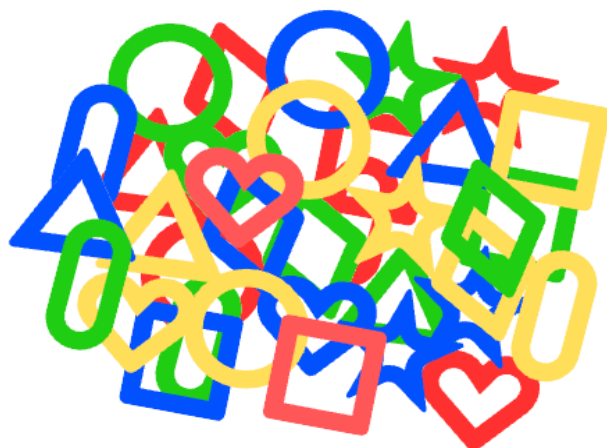
ตัวเลขบนไพ่นี้นำไปลบ



$$8-2+2-3 = 5$$

แยกสีและรูปทรง

แยกสีโหล่นั้ และต่อเป็นเส้นสีเดียวกัน



3.2. กิจกรรมกระตุ้นความจำ (Memory)

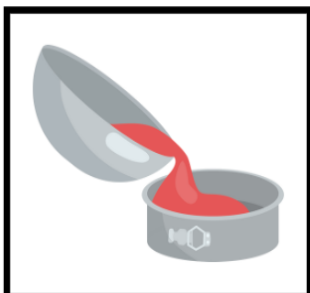
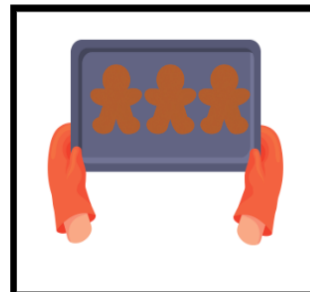
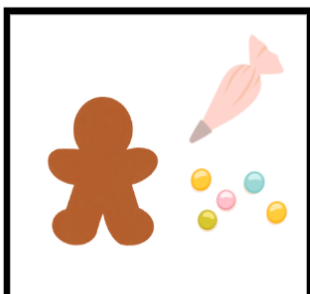
กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
จำและทายสิ่งของ	- วางสิ่งของทั้งหมดบนโต๊ะให้มองและจดจำเป็นเวลา 30 วินาที - ให้หลับตาหรือหันหน้าหนีจากนั้นแอบหยิบสิ่งของออก 1 ชิ้น - ให้ลืมตาและทายว่าสิ่งของที่หายไปคืออะไร - ค่อยๆ เพิ่มระดับความยากโดยเพิ่มจำนวนสิ่งของหรือใช้สิ่งของที่มีลักษณะคล้ายกัน	- ฝึกความจำระยะสั้น (Short-term Memory) - กระตุ้นการรับรู้ข้อมูลภาพ - กระตุ้นการสังเกตและการจดจำรายละเอียด	สิ่งของในชีวิตประจำวัน 5-7 ชิ้น เช่น แก้วน้ำ โทรศัพท์ ลูกบอล แปรงสีฟัน
เล่าเรื่องจากภาพ	- ให้ดูภาพและเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับภาพนั้น เช่น ใครอยู่ในภาพ สถานที่คือที่ไหน เกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น - กระตุ้นให้พูดถึงอารมณ์ความรู้สึก หรือสิ่งที่จำได้จากเหตุการณ์ในภาพ - หากผู้ป่วยจำไม่ได้สามารถช่วยกระตุ้นด้วยคำถาม เช่น “เคยไปที่นี้กับใคร?” “ช่วงที่ไปอายุเท่าไร” “ประทับใจอะไรในเหตุการณ์จากภาพนี้”	- กระตุ้นความจำระยะยาว (Long-term Memory) - ส่งเสริมทักษะการใช้ภาษาและการเล่าเรื่อง	ภาพถ่ายเก่าของผู้ป่วยหรือภาพเหตุการณ์ที่มีความหมาย

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
เพลงเก๋าย้อนความทรงจำ	- เปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟัง - กระตุ้นให้ผู้ป่วยร้องตามหรือเคาะจังหวะไปกับเพลง - ถามคำถามเกี่ยวกับเพลง เช่น “เพลงนี้ทำให้นึกถึงอะไร?” หรือ “คุณเคยได้ยินเพลงนี้ที่ไหน?”	- กระตุ้นความจำผ่านประสาทสัมผัส (Sensory Memory) - ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและอารมณ์ดี	เพลงเก่าที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น เพลงวัยเด็ก เพลงสมัยหนุ่มสาว หรือเพลงที่เกี่ยวข้องกับช่วงสำคัญในชีวิต
ลำดับเหตุการณ์	- ให้ผู้ป่วยดูภาพที่มีลำดับเหตุการณ์ถูกต้อง เช่น “ขั้นตอนการชงกาแฟ” - จากนั้น สับเปลี่ยนลำดับภาพและให้ผู้ป่วยเรียงลำดับให้ถูกต้อง - กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายแต่ละขั้นตอน	- ฝึกความจำเชิงลำดับ (Sequential Memory) - ช่วยให้ผู้ป่วยจดจำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น	การ์ดภาพเหตุการณ์ เช่น กระบวนการแต่งตัว การทำอาหาร หรือกิจวัตรประจำวัน
คู่คำเชื่อมโยง	- วางบัตรคำทั้งหมดให้ผู้ป่วยดู - ให้ผู้ป่วยจับคู่คำที่มีความเกี่ยวข้องกัน - กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายว่าทำไมคำเหล่านั้นถึงเป็นคู่กัน	- ฝึกความจำเชื่อมโยง (Associative Memory) - ส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์	บัตรคำที่เป็นคู่กัน เช่น ดวงอาทิตย์ - ร้อน, ทะเล - หาดทราย, น้ำ - ดื่ม

ตัวอย่างกิจกรรม : กระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านความจำ (Memory) เช่น

- 1) ลำดับเหตุการณ์
- 2) คู่คำเชื่อมโยง

ลำดับเหตุการณ์



คู่คำเชื่อมโยง

	เปี้ยก		ห้ว
	ร้อน		สะท้อน
	ซี้ด		ร้อง
	บอง		หล่อ
	เห่า		แล่น
	คั่น		ลอย

3.3 กิจกรรมกระตุ้นมิติสัมพันธ์ (Visuospatial)

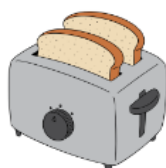
กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
ต่อจิ๊กซอว์	● ให้ผู้ป่วยพยายามประกอบชิ้นส่วนจิ๊กซอว์ให้เป็นภาพที่สมบูรณ์ ● สามารถเริ่มจากภาพที่มีสีเส้นชัดเจน และเพิ่มระดับความยากโดยใช้ภาพที่ซับซ้อนขึ้น ● ผู้ดูแลสามารถช่วยชี้แนะแต่ไม่ควรทำแทน	● กระตุ้นการรับรู้รูปร่างและโครงสร้างภาพ ● ส่งเสริมสมาธิและการแก้ปัญหา	ภาพจิ๊กซอว์ขนาด 4-20 ชิ้น (ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย)
จับคู่เงากับวัตถุ	● วางการ์ดภาพวัตถุและการ์ดเงาผสมกัน ● ให้ผู้ป่วยเลือกจับคู่ภาพกับเงาที่ตรงกัน ● สามารถเพิ่มความยากโดยใช้ภาพที่มีความคล้ายกันมากขึ้น	● กระตุ้นการรับรู้รูปร่างและเงา ● ฝึกการแยกแยะและเปรียบเทียบ	การ์ดภาพวัตถุและเงาของวัตถุนั้น
เรียงขนาดวัตถุ	● ให้ผู้ป่วยจัดเรียงวัตถุจากเล็กไปใหญ่ หรือจากใหญ่ไปเล็ก ● สามารถใช้ภาพวัตถุที่มีขนาดแตกต่างกันแทนของจริงได้	● กระตุ้นการรับรู้ขนาดและสัดส่วน ● ส่งเสริมการเปรียบเทียบและการจัดลำดับ	วัตถุที่มีขนาดต่างกัน เช่น แก้ว ขวด หรือบล็อกไม้
เดินตามเส้นทาง เขาวงกต	● ให้ผู้ป่วยใช้ดินสอลากเส้นตามเส้นทางในเขาวงกตไปยังจุดหมายปลายทาง	● ฝึกการนำทางและการรับรู้เส้นทาง ● กระตุ้นการตัดสินใจและการวางแผน	แผ่นกระดาษที่มีภาพเส้นทางเขาวงกตง่ายๆ หรือเส้นทางเดินที่ทำเครื่องหมายไว้บนพื้น

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
	หากเป็นการเดิน ให้ผู้ป่วยเดินตามเส้นทางที่กำหนดไว้บนพื้น		
ตามหาสิ่งของในภาพ	- ให้ผู้ป่วยหาสิ่งของที่ระบุไว้ในภาพ เช่น “หาตุ๊กตาหมีในภาพนี้” - สามารถเพิ่มความยากโดยใช้ภาพที่มีรายละเอียดมากขึ้น	- กระตุ้นการจดจำและการสแกนภาพ - ฝึกการจดจำและการเปรียบเทียบ	ภาพที่มีรายละเอียด เช่น ภาพห้องหรือทิวทัศน์

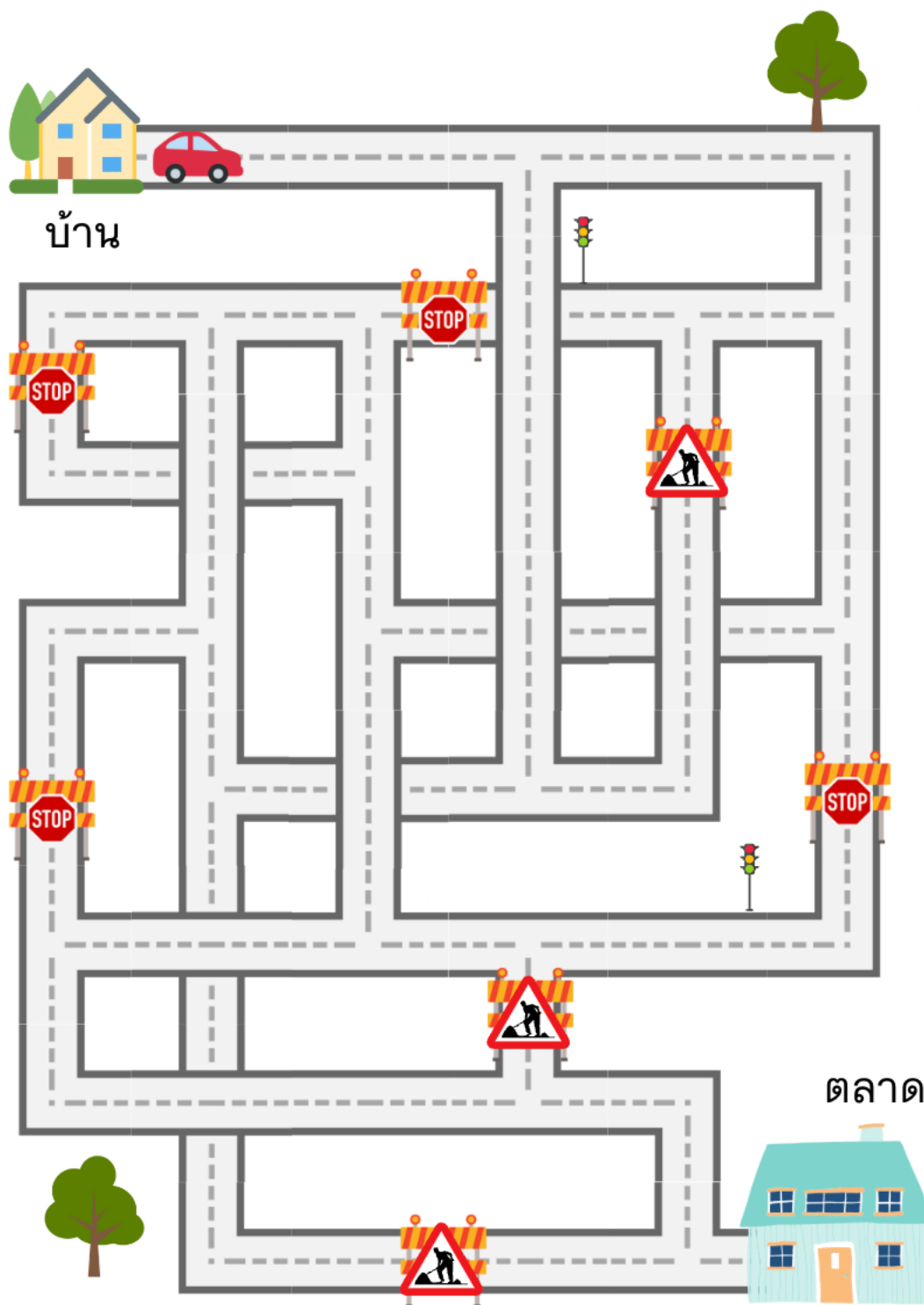
ตัวอย่างกิจกรรม : กระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) เช่น

- 1) ลำดับเหตุการณ์
- 2) คู่คำเชื่อมโยง

จับคู่เงากับวัตถุ



เดินตามเส้นทางเขาวงกต



3.4 กิจกรรมกระตุ้นความคิดเชิงบริหาร (Executive function)

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
วางแผนทำอาหาร ง่ายๆ	- ให้ผู้ป่วยเลือกเมนูอาหารง่ายๆ ที่ต้องการทำ เช่น ไข่เจียว ผัดผัก แกงจืด เป็นต้น - กระตุ้นให้คิดลำดับขั้นตอน เช่น ต้องเตรียมอะไรบ้าง ควรเริ่มจากอะไร - ใช้การเรียงลำดับการทำอาหารด้วยการ์ดภาพแทนการลงมือทำจริง	- ฝึกการวางแผนและลำดับขั้นตอน - ส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวัน	- ภาพวัตถุดิบ - ภาพอาหารที่ต้องการทำ - ภาพขั้นตอนการทำอาหาร
จับคู่ของที่เกี่ยวข้องกัน	- ให้ผู้ป่วยจับคู่สิ่งของที่ใช้งานร่วมกัน - สามารถเพิ่มระดับความยากโดยใช้แนวคิดที่เป็นนามธรรม เช่น ฤดูร้อนกับแว่นกันแดด	- ฝึกการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล - ส่งเสริมการคิดเชิงเหตุผล	การ์ดภาพวัตถุที่เกี่ยวข้องกัน เช่น แปร่งสีฟันกับยาสีฟัน
เล่นเกมซื้อของ	- ให้ผู้ป่วยดูรายการสินค้าและเลือกสิ่งที่ต้องการซื้อโดยไม่ให้เกินงบ - สามารถใช้ภาพแทนของจริงเพื่อช่วยกระตุ้นความเข้าใจ	- ฝึกทักษะการจัดลำดับความสำคัญ - ส่งเสริมความสามารถในการคำนวณง่ายๆ	- รายการของที่ต้องซื้อ - หนังสือราคาสินค้า - การ์ดภาพของที่ต้องการซื้อ
เกมอุโน้	แจกไพ่ให้ผู้เล่นคนละ 5 ใบ (ถ้ามือใหม่ อาจลดเหลือ 3 ใบ)	- กระตุ้นการจดจำสีและตัวเลข - ฝึกการตัดสินใจและสมาธิ	ไพ่ UNO (คัดออกให้เหลือเฉพาะไพ่ที่มีตัวเลข 0-9

กิจกรรม	วิธีเล่น	ประโยชน์	อุปกรณ์
	● วางกองไพ่ที่เหลือคว่ำไว้ กลางวง และเปิดไพ่ใบ บนสุดจากกองเป็น “ไพ่ เริ่มต้น” ● เล่นตามลำดับ โดยในแต่ละรอบ ผู้เล่นต้องวางไพ่ที่มี สีเดียวกัน หรือ ตัวเลข เดียวกัน กับไพ่ที่อยู่บน กองกลาง ● ถ้าไม่มีไพ่ที่ลงได้ ให้จั่วไพ่ จากกองกลาง 1 ใบ แล้วดู ว่าสามารถลงได้หรือไม่ ● ถ้าลงได้ ให้ลงไพ่ทันที ● ถ้าลงไม่ได้ ให้เก็บไพ่ไว้ และผ่านตาไป ● เล่นต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าผู้เล่นคนใดคนหนึ่งจะเหลือ ไพ่ใบเดียว ให้พูดว่า “UNO!” ● ใครลงไพ่หมดก่อนเป็นผู้ชนะ!	● ช่วยเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ● สร้างความสนุก ลดความเครียด	และสีแดง, น้ำเงิน, เหลือง, เขียว)

ตัวอย่างกิจกรรม : กระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) เช่น

- 1) ตามหาสิ่งของในภาพ
- 2) จับคู่ของที่เกี่ยวข้องกัน

ตามหาสิ่งของในภาพ

หาดินสอในภาพนี้

มีดินสอกี่แท่ง



จับคู่ของที่เกี่ยวข้องกัน

ดินสอ 	ค้อน 	ตะหลิว 	วัด 	ตะปู 
ชาวนา 	มีด 	ทุ่งนา 	ยางลบ 	กระทะ 
พระ 	เขียง 	รองเท้า 	สทรยุทธ 	ทัพพี 
เรื่องเล่า เข้านี้ 	โน้ตกระแส 	หม้อ 	ถุงเท้า 	หนุ่ม กรรชัย 

การออกแบบและใช้ Cognitive Stimulation Activities

ในการออกแบบและใช้ Cognitive Stimulation Activities (กิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง) สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีข้อควรระวังและข้อแนะนำที่สำคัญดังนี้

ข้อควรระวัง

1. ไม่ให้กิจกรรมยากเกินไป

ควรปรับระดับความยากของกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย การให้กิจกรรมที่ยากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หรือท้อถอย จึงควรเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายและค่อยๆ เพิ่มความยากเมื่อผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคย

2. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากเกินไป

กิจกรรมที่มีขั้นตอนหรือเงื่อนไขที่ซับซ้อนอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ควรเลือกกิจกรรมที่มีขั้นตอนที่ชัดเจนและง่ายต่อการทำตาม

3. หลีกเลี่ยงการบังคับ

ควรให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกกิจกรรมที่ต้องการทำ ไม่ควรกดดันหรือบังคับให้ทำกิจกรรม หากผู้ป่วยไม่สนใจในกิจกรรมใด ควรหากิจกรรมอื่นที่เหมาะสมมาแทน

4. ระวังระยะเวลา

ควรกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม เพราะการทำกิจกรรมที่ยาวนานเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้าหรือสับสน ควรกำหนดเวลาให้เหมาะสมในช่วง 20-30 นาทีต่อกิจกรรมหนึ่ง ๆ

5. ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อม

ควรจัดให้กิจกรรมในสภาพแวดล้อมที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่ใจกับกิจกรรมได้เต็มที่ และมีความรู้สึกสบายใจขณะทำกิจกรรม

6. ระวังไม่ให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล

ควรหลีกเลี่ยงการใช้กิจกรรมที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล เช่น กิจกรรมที่ต้องการการแข่งขัน หรือการแข่งขันที่ทำให้เกิดแรงกดดัน

ข้อแนะนำในการนำใช้กิจกรรม

1. เริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายและคุ้นเคย

เลือกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยเคยทำในชีวิตประจำวัน เช่น การจำชื่อสิ่งของในบ้าน หรือการเล่นเกมที่มีการใช้ทักษะที่คุ้นเคย โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ากิจกรรมนั้นไม่ยากเกินไป

2. ใช้กิจกรรมที่กระตุ้นหลายๆ ด้านของสมอง

ควรเลือกกิจกรรมที่กระตุ้นทั้งการจำ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา เช่น การเล่นเกมที่ต้องใช้ความคิดในการวางแผน การระลึกลึถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

3. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย

ควรปรับระดับความยากของกิจกรรมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมและสามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จอย่างมีความสุข

4. กระตุ้นทักษะทางสังคม

ควรเลือกกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น การเล่นเกมในกลุ่มหรือการพูดคุยระหว่างการทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการใช้ทักษะทางสังคมและการทำงานร่วมกัน

5. การใช้เทคนิคการให้กำลังใจ

ควรใช้เทคนิคการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการทำกิจกรรม เช่น การชื่นชมเมื่อทำได้ดี หรือการกระตุ้นให้พยายามทำกิจกรรมที่ยากขึ้นอย่างไม่เร่งรีบ

6. ปรับการสื่อสารให้เหมาะสม

ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและตรงไปตรงมาในการอธิบายกิจกรรม ควรหลีกเลี่ยงคำพูดที่ซับซ้อนหรือคำที่อาจทำให้เกิดความสับสน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- ควรประเมินผลการทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมต่อไป
- ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยได้ เพื่อเพิ่มความสุขสนทนและให้กำลังใจ
- การออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและมีความยืดหยุ่นจะช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับประโยชน์สูงสุดจากกิจกรรมเหล่านี้

บทที่ 4

การนำใช้โปรแกรม Brain Care

นางสาวอรรณพ คุหา

นางสาวจรรณี วิทยาจักร

นายรัฐ สุภากุล

นางสาวณัฐนันท์ รุ่งเรืองสหพันธ์

การนำใช้โปรแกรม Brain Care ต้นแบบการจัดบริการการดูแลกลางวันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะรุนแรงน้อย รวมทั้งข้อเสนอแนะการนำใช้กิจกรรม Brain Care ในการจัดบริการการดูแลกลางวัน สำหรับรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานการจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกในพื้นที่ต้นแบบ ศิริรัฐนิคมโมเดล

ตัวอย่าง การจัดบริการการดูแลกลางวัน (daycare) ของ รพ.ศิริรัฐนิคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการจัดบริการ Day care ผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีปัญหาการทรงตัว สมองเสื่อม
2. เพื่อชะลอความเสื่อมและเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน
3. เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

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 นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย

รูปแบบกิจกรรมใน Day care

การจัดบริการสุขภาพในการดูแลกลางวัน (Day care) จะใช้แนวคิดการจัดกิจกรรมตาม cognitive function ทั้ง 6 domain ประกอบด้วย Attention, Memory, visuospatial function, Language, Executive function, Social cognition และเมื่อนำกิจกรรมทั้งหมด 12 ชุด มาจัดตามประเภทของ domain ที่ต้องการพัฒนาและคงศักยภาพสมอง ตามรายละเอียดนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 1 และในตารางที่ 3)

 รพ.ศิริราช ดำเนินงานตามโปรแกรมตาม 12 ชุดกิจกรรม * อ้างอิงมาจาก : จากประสบการณ์ทางคลินิกและการศึกษาเพิ่มเติมของเจ้าหน้าที่ หมายเหตุ : กิจกรรม Day care เปิดให้บริการครึ่งวันเช้าทุกวันอังคาร(Balance) และวันพฤหัสบดี (Dementia)	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) ใช้การสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หากผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกไม่สบายใจ ก็จะทำการเบี่ยงเบนความสนใจ	bADL/iADL เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหารเช้า	

ภาพที่ 1 รูปแบบกิจกรรมแบ่งตาม cognitive function

ตารางที่ 3 การจัดโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุใน Day care จำนวน 12 ชุดกิจกรรม

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
1	จับคู่ภาพเหมือนรูปผลไม้ เกมส์อ่านสีไม้ไขสี่ เกมส์รวมเงิน	Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Executive Function (การตัดสินใจ)	30 20 20	70
2	จับคู่ภาพเหมือนรูปสัตว์ ฉันคือใคร เดินตามจิ้งหะ โยนห่วง	Memory (ความจำ) Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 15 20	95

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
3	เรียงลำดับเหตุการณ์ เกมสไลด์บอล 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 เกมสไลด์ขาว เล่าความ เกมสไลด์สีไม่อ่านสี	Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Visuospatial (มิติสัมพันธ์) Language/speech (ภาษา, คำพูด) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ)	30 30 20 15 20	115
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

ชุดที่	กิจกรรม	Cognitive function	เวลา (นาที)	รวมเวลา (นาที)
8	เรียงจำนวนสิ่งของตามสีและภาพ 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 ตอบลึอก	Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Executive Function (การตัดสินใจ) Memory (ความจำ) Visuospatial (มิติสัมพันธ์)	30 30 30 20	110
12	ปิดตาคลำ คอนโดไม้ ระบายสี	Memory (ความจำ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ) Attention (ความจดจ่อ, สมาธิ)	30 30 30	90

โดยสรุป ผลที่ได้จากการจัดบริการ Day Care สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระยะรุนแรง (MCI) และภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Mild dementia) ในสถานบริการสุขภาพระดับ F (F3-F1)

1. การแพทย์ทางเลือก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมผ่อนคลาย และสามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ได้
2. กิจกรรมที่จัดให้บริการจะต้องไม่มีความซับซ้อน และสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะกับระดับความรุนแรงผู้สูงอายุ
3. กิจกรรมจะเน้นการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ เช่น การฝึก ADL มากกว่าการช่วยกระตุ้นความจำ
4. กิจกรรมจะเริ่มตั้งแต่จากง่ายไปยาก จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม

5. กิจกรรมที่เน้นการคิดหรือฝึกความจำ ควรให้ทำเป็นรายบุคคล หรือ ถ้าเป็นกลุ่ม ควรเป็นกลุ่มที่เล็กลง เช่น จำนวน 2-3 คน เพื่อลดการกระตุ้นทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ส่วนกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวสามารถควรทำเป็นกลุ่มเวลาที่ใช้ไม่ควรนานเกินไป
6. การให้ความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจัดกลุ่ม Supportive แก่ญาติ จะสามารถช่วยลดความเครียดจากการดูแล (Burden) ได้เป็นอย่างดี
7. การเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การสนับสนุนการดูแลและทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน อุปกรณ์ฝึกสมอง กับคลินิกผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการจัดบริการการดูแลกลางวัน ตาม 6 building

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานการจัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกในพื้นที่ต้นแบบ ศิริรัฐนาคโมเดล พบว่า สถานบริการสุขภาพระดับ F3 สามารถดำเนินการบริการได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญจากการวิเคราะห์ตาม 6 building box ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินการจัดบริการการดูแลกลางวัน ตาม 6 building

6 Building box	วิเคราะห์สถานการณ์ Day care	มาตรฐาน Day Care	ประเภท/กิจกรรม
1. Health Service Delivery	- รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ - Day care (เน้น Mobility และ Brain) - การบริการเชิงรุกและเชิงรับ	Giving an information About Service in Day Care : Programmes and Activities About Service in Day Care : Meals Specific response : Responding to users' behaviour	
2. Health Workforce	- ทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	About Staff	เกณฑ์กำหนด
3. Health system financing	- งบประมาณจากกองทุนสุขภาพ (อปท.) - การบริหารจัดการด้านการเงินกับรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาล(การฟื้นฟู/การแพทย์แผนไทย)	Long term care insurance	ศักยภาพการบริการของกายภาพบำบัด ตามกิจกรรมของหัตถการกายภาพ (ไม่สามารถ

6 Building box	วิเคราะห์สถานการณ์ Day care	มาตรฐาน Day Care	ประเภท/กิจกรรม
	- การเขียนโครงการสนับสนุนกิจกรรมจาก สปสช. - การบริจาค เช่น ญาติผู้ป่วย จากคนที่ต้องการสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ		คิดค่าบริการโดยตรง (ได้)
4. Health information system	- มีแบบฟอร์มและแบบประเมินต่างๆ - คู่มือการจัดบริการ - มีผังการจัดบริการชัดเจน - การทำ Care plan	Specific response : Need Assessment Specific response : Care Plan	
5. Leadership & Governance	- ผู้นำระดับนโยบายให้การสนับสนุนตั้งแต่ระดับนายแพทย์ สสจ./ผอ.รพ. - นโยบายผู้สูงอายุที่เป็นวาระระดับจังหวัด - มีนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับองค์กรชัดเจน - มีความพร้อมในการสนับสนุนงบประมาณ	System manager	
6. Medical Products , Vaccine & Technology	- Non pharmacological - การจัดชุดโปรแกรม 12 กิจกรรม (ตามหลักการกระตุ้นความคิด ความจำ 6 ด้าน)	Buildings and facilities Using medicines safely	

การจัดการและดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม 6 มิติ 18 ประเด็น คือ

ด้านเป้าหมายการดูแลและคสามรู้

1. เป้าหมายการดูแล (Goal of care) เป็นการตั้งเป้าหมายสำหรับการให้การดูแลรักษาที่สอดคล้องตามระยะภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัว เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดผลโดยตรงกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัว ไม่ใช่การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรม

2. ความรู้ (Knowledge) เป็นการประเมินปัญหาความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม และการดำเนินโรคของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาความรู้ในบทบาทของผู้ดูแล

ด้านร่างกาย

1. การทำหน้าที่ของสมองส่วนปริซัน/การรู้คิด (Cognitive function)/การสื่อสาร (communication) ปัญหาของการทำหน้าที่ของสมองส่วนปริซันที่บกพร่องในด้านต่างๆ ตามระยะความรุนแรงของอาการภาวะสมองเสื่อม เช่น ความจำระยะสั้นแย่งลงในระยะที่มีความรุนแรงน้อยหรือไม่รุนแรง (mild dementia) ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวแย่งลงในระยะความรุนแรงปานกลาง (moderate dementia) และสูญเสียความจำในระยะรุนแรงมาก (severe dementia) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านอื่นๆ เช่น สูญเสียการรับรู้ทิศทาง และไม่สามารถการวางแผน

2. การสื่อสาร ปัญหาในการสื่อสาร และทักษะในการสื่อสาร ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การสื่อสารของผู้ดูแลกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บกพร่อง ทำให้ขาดความเข้าใจที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. อาหาร (Diet) ปัญหาโภชนาการ รวมถึงทุพโภชนาการ ทั้งได้รับอาหารที่มีสัดส่วน ไม่เหมาะสมหรือการได้รับอาหารไม่เหมาะสมกับโรคประจำตัว เช่น รับประทานอาหารมากเกินไป ก่อให้เกิดโรคอ้วน หรือ น้อยเกินไปทำให้ขาดสารอาหาร ปัญหาสุขภาพช่องปากและการสำลัก

4. ยา (Drug) ปัญหาการได้รับยาไม่ครบจำนวน/ไม่ต่อเนื่อง แอบซ่อนยา การทิ้งยา รวมถึงได้รับผลไม่พึงประสงค์ของยา การใช้ยาที่รับประทานทางปาก และการใช้ยาทางสายยางทางจมูก หรือทางหน้าท้อง เป็นต้น

5. สุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และภาวะนอนไม่หลับ

6. ความเจ็บป่วย (Illness) ความเจ็บป่วยหรือปัญหา และสภาวะสุขภาพด้านต่างๆ ทั้งในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคประจำตัว ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคที่พบบ่อย เช่น โรคกระดูกพรุน โรคข้อเข่าเสื่อม และปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยินที่ผิดปกติ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การตรวจคัดกรองโรค หรือการได้รับวัคซีน

ด้านจิตใจ

1. อาการด้านพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (Behavioral & Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ปัญหาที่พบได้บ่อย เช่น มีอาการประสาทหลอน อาการหลงผิด กระสับกระส่ายหรือก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล อาการเฉยเมย การขาดความยับยั้งชั่งใจ การพูดหรือพฤติกรรมซ้ำๆ และการเดินเร่ร่อน เป็นต้น

ด้านสังคม

1. สภาพแวดล้อม (Environment) ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมทั้งภายใน ภายนอกที่อยู่อาศัย รวมทั้งสังคมและชุมชนแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สิ่งกระตุ้นของสภาพแวดล้อมต่อปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต

2. ครอบครัวและผู้ดูแล (Family & Caregiver) การเจ็บป่วยในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ภาระจากการดูแล ปัญหาจากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น ศักยภาพและสมรรถนะ ความรู้ของผู้ดูแล ไม่มีผู้สลับสับเปลี่ยนให้การดูแลกับผู้ดูแลหลัก จำนวนและบทบาทสมาชิกในครอบครัว ปัญหาภายในครอบครัว

3. กฎหมาย (Legal) ปัญหาทางกฎหมาย ทั้งทางแพ่งและทางอาญา สิทธิและสวัสดิการที่ควรได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ ความเสียหายในการบริหารจัดการทรัพย์สิน โฉนดโฉนดที่ดิน การตั้งผู้ดูแลเป็นผู้อนุบาลโดยได้รับอนุญาตจากศาล สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะความรุนแรงปานกลาง (moderate dementia) และระยะรุนแรงมาก (severe dementia)

4. การจัดการ (Management) การขาดสิ่งที่สนับสนุนการดูแล เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และปัญหาการเงิน ความไม่เพียงพอของภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล ปัญหาหนี้สิน ไม่มีผู้สนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การเงิน ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ/ขาดรายได้ ไม่มีเงินออม/เงินสะสม

5. เครือข่ายการดูแล (Network) ปัญหาขาดเครือข่าย/ระบบสนับสนุนการดูแล เช่น การขาดการรับ-ส่ง ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล ไปรับบริการหรือสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะไปโรงพยาบาล ปัญหาการส่งต่อการ รักษา ขาดคนช่วยเหลือดูแลคอยผลัดเปลี่ยนกับผู้ดูแล และไม่มีเครือข่ายการดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนใน ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการให้คำปรึกษา

ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ

1. กิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living) ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นที่ซับซ้อน เช่น การซื้อของ การทำงานบ้าน การจัดการการเงินเอง การทำอาหาร

2. กิจกรรมทางกาย (Physical activities) ปัญหาการไม่มีกิจกรรมทางกาย เช่น นั่ง整天ไม่ค่อยลุก ทำกิจกรรม และการขาดการออกกำลังกาย

3. กิจกรรมที่มีความสุข (Happiness activities) ขาดกิจกรรมที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำแล้วมีความสุข เพิ่มขึ้นไม่ใช้มีแต่กิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น ร้องเพลง วาดรูป เป็นต้น

4. กิจกรรมทางสังคมที่มีความสุข (Joyful of social activities) ปัญหาที่พบคือการขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว หรือการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ทำให้เป็นสุข เช่น การไม่สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ด้านจิตวิญญาณ

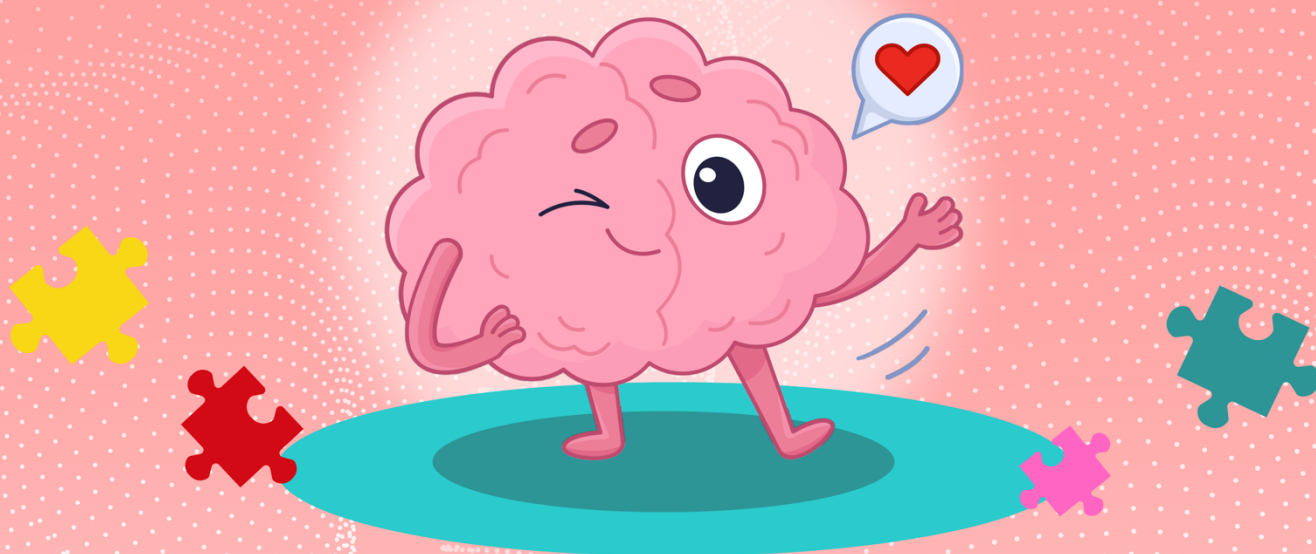
1. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Joyful activities of spiritual health) หมายถึงสิ่งที่มีความเชื่อ สิ่งที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวนับถือ ศรัทธา หรือหลักการทางศาสนาที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมปฏิบัติ เพื่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดีและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

รายชื่อคณะทำงานร่วมให้ความคิดเห็นในการพัฒนาโปรแกรม

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
นส.กุสุมา สุริยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
นายณพพล เลิศธนะชัย	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
นายวรภพ ไชยลาภ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน
นางจำเรียง อุตสาหกรรมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน
ดร.นลินี บุญธรรม	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
นางยุพิน ริวพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุทัยธานี
นส.อนิตสรา พงษ์เขตกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลานสัก จังหวัดอุทัยธานี
นส.วนิดา สัมสุด	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี
นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
นส.สมใจ รัตนศรีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวกานดา แซ่ฮ้อ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
พญ.ชิดชนก ศิริวิบูลยกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
นส.อรุณศรี จันทรเผือก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
นางศิริรัตน์ สุวรรณเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
นางประทุมพร ผลดอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศสม.ท่าศาลา จังหวัดลพบุรี
นส.เกศสุตา เกษรสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
นส.กนกพร ดั่งทอง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
นางกึ่งกาญจนา เมืองโคตร	หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น
ผศ.วิมา ลิมสกุล	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ราชภัฏสุราษฎร์ธานี
นางสุวรรณณี นิยมจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
นางพรทิพา นวลมุสิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
นางสยมพร ชูชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
นส.ขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
นส.จิตตรา ขอหนองกลาง	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
นางกรชนก พรชัยภูมิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
นส.วาสนา มากผาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
นส.ภูวนาล สถานพงษ์	นักกิจกรรมบำบัด	รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
นางสำราญ ศุภพิชน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
นางนถนภา วงษ์ศีล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บึงน้ำรักษ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
นางโสฬัดดา ศฤงชัยวัช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.โพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา
นางมณฑนา ขอนดอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บางขนาก จังหวัดฉะเชิงเทรา

คู่มือ

การจัดกิจกรรม Brain care
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (รุนแรงน้อย)
ในการจัดบริการการดูแลแบบกลางวัน (Day care)
และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้นำกิจกรรม



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข