



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการจัดการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมครบวงจร

สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน



คู่มือ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน

ที่ปรึกษา

นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ

รองอธิบดีกรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

นพ.สแกนต์ บุณนาค

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรัตน์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง

ผู้ทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการ

นางสาวอรรณ คุหา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

ดร.นัตตา คำนิยม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2563

จำนวน : 96 หน้า

โรงพิมพ์ : บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด

ISBN: 978-974-422-929-8

ผู้เขียน

1. ดร.นัตตา คำนิยม อาจารย์พยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. นางสาวเกศสุตา เกษรสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลลำสนธิ
3. นางนวลพรรณ พิมพ์सार พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจ้อหอ
4. นางสยมพร ชูชีพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจ้อหอ
5. นางสุวรรณี นิยมจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม
6. นางพรทิพา นวลมุสิก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม
7. นางกิงกาญญา เมืองโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านฝาง
8. นางนิตกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ
9. นางสาวอรรวรรณ คูหา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ
10. นางสมฤดี เนียมหอม นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

ผู้เขียน

11. นางสาวปนิตา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ
12. นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

คำนำ

คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน จัดทำขึ้นเพื่อให้ สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งเป็น ทีมสุขภาพที่เป็นด่านหน้าในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมภาคีที่เกี่ยวข้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพภาคสุขภาพ ภาคสังคม และโดยภาคประชาชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่จะมีความเชื่อมโยงของระบบ การคัดกรอง คัดแยก ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา และระบบการดูแล ต่อเนื่อง ในการร่วมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ระยะต้น ระยะกลาง และระยะท้าย)

การนำเสนอจะให้อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ทราบว่าสมองเสื่อมคืออะไร บทบาทของของอาสาสมัครในชุมชนเป็นอย่างไร เช่น การคัดกรองผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือและการเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน การติดตามและ ประเมินงานของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน และแหล่งสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมและสนับสนุนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (seamless care) คู่มือเล่มนี้จะช่วยให้สามารถนำไปให้การดูแลและร่วมดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรได้ในพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และ ครอบครัว

การจัดทำคู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับสำหรับ
อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ
เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม บทบาทในการการคัดกรองผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
ครบวงจร จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้า
ถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้
เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ในระยะเริ่มแรก การป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมและสามารถเข้าถึงสิทธิ
ที่พึงได้รับ ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวและ
ชุมชนของไทย เพื่อการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโต
ของสังคมสูงอายุต่อไป



(นายสกันต์ บุญนาค)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	ความรู้เรื่องสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา	1
	พว.เกศสุตา เกษรสุคนธ์	
	ความรู้เรื่องสมองเสื่อม	1
	อาการที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	1
	เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะมีอาการอย่างไร	3
	สาเหตุ...ทำไมจึงเสื่อม	4
	โรคร่วมในภาวะสมองเสื่อม	5
	การรักษา	6
	การป้องกัน...ต้องทำอะไร	8
	ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร	11
	ปณิตา มุ่งกลาง	
	อรรรรณ คุหา	
บทที่ 2	บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	19
	ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	
	ดร.นัตตา คำนิยม	
	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร	
	บทบาทของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	19
	หน้าที่ของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	22
	การนำใช้เครื่องมือสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	25
	ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

การนำใช้เครื่องมือและข้อพึงระวัง	26
หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน	29
โดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	
หลักการดูแล อ ส ย	36
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและชุมชน	43
โดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	
กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล	พว.สุวรรณี นิยมจิตร 43
บทที่ 3 การติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ดูแล	45
ในชุมชน	ดร.นัตตา คำนิยม
การดำเนินงานตามปฏิทินชุมชน	45
บทบาทของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	47
เรื่อง...สิ่งเล็กๆ ที่ อสม. ทำให้มันยิ่งใหญ่ สำหรับคุณยาย	49
กรณีศึกษา บ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น	
	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร
บทบาทหน้าที่ในการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม (การวินิจฉัย)	54
และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน	
กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล จังหวัดสุราษฎร์ธานี	54
	พว.สุวรรณี นิยมจิตร
กรณีศึกษา จอหอโมเดล จังหวัดนครราชสีมา	60
	พว.นวลพรรณ พิมพ์สาร
	พว.สยมพร ชูชีพ

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 สิทธิและแหล่งประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	65
อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน...ควรรู้	
การคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	65
และครอบครัว	อรรรรณ คุหา
	ปนิตา มุ่งกลาง
แหล่งสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ...ควรรทราบ	67
	นิติกุล ทองน่วม
	สมฤดี เนียมหอม
	ปนิตา มุ่งกลาง
	พิมพ์นารา ดวงดี
แหล่งประโยชน์ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ	67
ภาวะสมองเสื่อม	
แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์	70
ในครอบครัว	
แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วย	71
หรือทุพพลภาพในครอบครัว	
แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเศรษฐกิจ	72
แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตาม	73
พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ	
ภาคผนวก ภาคผนวกที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม	79
ภาคผนวกที่ 2 การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated	81
Mental Test (AMT)	
ภาคผนวกที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q)	83

บทที่ 1

ความรู้เรื่องสมองเสื่อม สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน

1. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของการทำงานของสมองไปจากเดิม ส่งผลทำให้ผู้ป่วย “มีปัญหาสมาธิจดจ่อ มีปัญหาความจำและการเรียนรู้ มีปัญหาการใช้ภาษา มีปัญหาการรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่นการรับรู้ทิศทาง การวางตำแหน่งสิ่งของ มีปัญหาการบริหารจัดการ/วางแผน/ตัดสินใจ มีปัญหาการรับรู้สังครอบตัว การควบคุมพฤติกรรม” ซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นหลายๆ อาการร่วมกัน โดยความผิดปกติที่กล่าวมานั้นโดยที่อาการเริ่มต้นผู้ป่วยเองมักไม่รู้ตัว อาการดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นรุนแรงมากจนกระทั่งผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน¹

สมองเสื่อมไม่ใช่เป็นภาวะที่เป็นทุกคนในผู้สูงอายุ แต่ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นโรคที่เกิดขึ้นในบางคนเท่านั้น แต่เจอได้บ่อยในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุทั่วไปอาจจะมีการลืมได้บ้าง แต่ยังสามารถจำได้ว่าลืมอะไร ความคิดอาจช้าลงต้องพยายามคิดว่าเอาไปวางไว้ที่ไหน แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจำไม่ได้เลยว่าตนเองลืมอะไรหรือหยิบจับอะไรมา จำการทำกิจกรรมนั้นๆ ไม่ได้เลย หรือกินข้าว ก็บอกว่า ยังไม่ได้กิน เป็นต้น

2. อาการที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงเป็นสมองเสื่อม ปล่อยจนเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว ซึ่งเกินกว่าจะรักษาได้ สัญญาณแรก ที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อม แม้จะมองเห็นได้ยากมาก ไม่ชัดเจน และอาการจะค่อยเป็นค่อยไปจนไม่สามารถมองเห็นได้ในทันที อสม./จิตอาสา ซึ่งเป็นผู้ที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างยาวนาน ก็สามารถสังเกตได้จากอาการดังต่อไปนี้

1. หลงลืมบ่อยกว่าเคย : จำเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้
2. รู้สึกยากลำบากในการทำงานที่ทำอยู่ประจำ : รู้สึกว่าสิ่งที่เคยทำเป็นเรื่องยากเช่น ลืมขั้นตอนทำอาหารที่ทำบ่อยๆ
3. ติดขัดในการใช้ภาษา : สื่อสารกับผู้อื่นยากขึ้น พูดจาติดขัด ลืมคำศัพท์ง่ายๆ
4. ล้าสนในการลำดับเหตุการณ์ : รวมทั้งหลงวันเวลา ล้าสนเรื่องสถานที่
5. ตัดสินใจช้า หรือผิดพลาด : แก้ปัญหาไม่ได้โดยเฉพาะเรื่องยากๆ หรือสถานการณ์ที่ต้องใช้ความคิด
6. สมาธิสั้น วอกแวกง่าย : ไม่สามารถจดจ่อกับเรื่องอะไรนานๆ ได้
7. วางของผิดที่ผิดทาง : และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องที่ผิด เช่น เอาโทรศัพท์ไปใส่ตู้เย็น
8. บุคลิกภาพเปลี่ยนไป : บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางตรงข้าม หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
9. มีปัญหามิติสัมพันธ์ : งงกับป้ายสัญญาณที่เห็นอยู่ประจำ ทำความเข้าใจภาพได้ยาก อ่านแผนที่ไม่เป็น ไม่สามารถบอกทางผู้อื่นได้ ไม่เห็นภาพสำเร็จที่ตนเองกำลังลงมือทำ
10. แยกตัวจากสังคม : นั่งหรือนอนทั้งวัน ไม่อยากเจอผู้คน เก็บตัว

3. เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะมีอาการอย่างไร

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้มีปัญหาดังต่อไปนี้ ซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นหลายๆ ด้านร่วมกัน



สมาธิและการมีใจจดจ่อ



ความจำและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ



ความสามารถด้านภาษา



การรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่น การวาดภาพเชิงซ้อน
จำตำแหน่งที่วางของ การรับรู้ทิศทาง



ความสามารถในการบริหารจัดการ การวางแผน การตัดสินใจ



การรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว การควบคุมพฤติกรรม



โดยอาการแบบนี้ค่อยๆ เป็นมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยอาการต่างๆ จะเด่นชัดด้านใด ขึ้นอยู่กับพื้นที่สมองที่ได้รับความเสียหายจากสาเหตุที่ทำให้สมองเสื่อม

4. สาเหตุ..ทำไมจึงเสื่อม

สมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ บางรายมีภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่า 1 สาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อย มีดังนี้¹

4.1 มีปัญหาของสมองโดยตรงจากการเสื่อมของเซลล์ประสาท โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์



เรามักได้ยินคำว่าอัลไซเมอร์บ่อยๆ จนทำให้เข้าใจผิดว่าสมองเสื่อมกับอัลไซเมอร์ เป็นคำใช้แทนกันได้ จริงๆ แล้ว “อัลไซเมอร์” เป็นชื่อเรียกของสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสมองเสื่อมเท่านั้น

4.2 สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง พบเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อย เป็นอันดับ 2 รองมาจากโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอัลไซเมอร์ เป็นสาเหตุที่มีแนวโน้มพบได้มากขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เครื่องเคียดพักผ่อนน้อย ทำให้มีโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา ควบคุมโรคไม่ได้ จนในที่สุดหลอดเลือดสมองหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัน ถ้าการไหลเวียนเลือดลดลงมากจนถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองค่อยๆ ตายไปในที่สุด



อสม. และจิตอาสา มีส่วนสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ เช่น การคัดกรองประจำปี การเยี่ยมบ้านแล้วพบสัญญาณเตือนที่ต้องส่งปรึกษาเจ้าหน้าที่ ก็สามารถป้องกันสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองได้ และหากเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงก็สามารถชะลอการดำเนินโรคให้ช้าลงได้

4.3 สาเหตุอื่นๆ เช่น สาเหตุจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ขาดวิตามิน B12 มักจะพบในผู้ที่ไม่กินเนื้อสัตว์ สาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น นักกีฬาต่อยมวย หรืออุบัติเหตุ สาเหตุจากภาวะน้ำในโพรงสมองผิดปกติ สาเหตุจากการรับประทานยาบางชนิดที่ทำงานรบกวนระบบประสาทเป็นเวลานาน เป็นต้น



ประวัติผู้ป่วยที่ได้จากผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดจากหลาย โรคซึ่งมีทั้งประเภทที่สามารถรักษาได้ เมื่อแก้ไขสาเหตุผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น และประเภทที่แก้ไขไม่ได้ ซึ่งแพทย์จะทำการวินิจฉัยอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงและวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

5. โรคร่วมในภาวะสมองเสื่อม

พบว่าโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีผลต่อการทำงานของสมอง^{2,3,4,5,6} เช่น

5.1 ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการลดลงของความสามารถของสมองทางตรง คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตรสมอง น้ำหนักสมอง และพบมีการเพิ่มขึ้นของรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ สำหรับผลทางอ้อมเกิดจากการที่หลอดเลือดตีบแข็งและเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน

5.2 โรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การควบคุมเบาหวานให้ดีสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 4.9 เท่า

5.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในวัยกลางคนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

5.4 โรคหัวใจ มีโอกาสทำให้เกิดหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหัวใจ

6. การรักษา

หลักในการรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีเป้าหมายสำคัญคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่จะทำได้ การรักษา ประกอบด้วย การรักษา ด้านการรู้คิดและความจำ และด้านที่ไม่เกี่ยวกับการรู้คิดและความจำ อาทิ ปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์การรักษาจะมีทั้งการรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา



6.1 การรักษาโดยการใช้ยา : การใช้ยาในการรักษาภาวะสมองเสื่อมจะมีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่แตกต่างกันตามความรุนแรงของตัวโรค ผลของยาไม่ได้ตอบสนองกับผู้ป่วยทุกคน และราคายาในปัจจุบันยังมีราคาสูง แพทย์ผู้รักษาจึงสั่งใช้ยาตามข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาและโอกาสเกิดผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและน้ำหนักลดในยาบางกลุ่มเมื่อ อสม. จิตอาสา พบอาการเหล่านี้ ควรปรึกษาหมออนามัยหรือครอบครัวของผู้ป่วยรายนั้นๆ

ส่วนภาวะสมองเสื่อมที่พบได้จากสาเหตุอื่นๆ เช่น การขาดวิตามิน และโรคบางชนิด อาจสามารถให้ยาเพื่อบรรเทาอาการลงได้บ้าง และในรายพบปัญหา ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ แพทย์ผู้รักษาจะพยายามซักถามญาติผู้ดูแลเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการก่อน จากนั้นจึงรักษาโดยไม่ใช้ยา หากยังไม่ได้ผล จึงพิจารณาการใช้ยาเพื่อระงับอาการ ที่เหมาะสมเป็นรายๆ ไป



การใช้ยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ดูแลด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยไปด้วย อาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีนัก

6.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา:

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบ อาทิ รักษาโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น การได้ยิน การสื่อสารให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับความสามารถของผู้ป่วยสมองเสื่อม เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมแสดงออกมา รู้สึกไวในการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นผู้ที่เราควรเรียนรู้พฤติกรรมแล้วนำไปปรับใช้ในการดูแล การฝึกความจำ เช่น การสวดมนต์ ความจำเสียง ทบทวนความจำที่ดีในอดีต การฝึกทักษะโดยเลือกกิจกรรมจากประสบการณ์เดิม เช่น การจักสาน การเต้นรำ การวาดภาพ การรักษาโดยให้ความสำคัญสิ่งแวดล้อมในบ้าน และรอบๆ ตัวบ้าน เนื่องจากการรับรู้ที่บกพร่องของผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย หรือการปรับบ้านโดยที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่คุ้นเคย จะส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์

7. การป้องกัน..ต้องทำอะไร

เนื่องจากปัจจุบัน สาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทสมอง เช่น อัลไซเมอร์ ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ดังนั้น การป้องกันโรคสมองเสื่อมดังกล่าวทำได้เพียงการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม เช่น การออกกำลังกายและมีกิจกรรมทำอย่างสม่ำเสมอ การเล่นเกมส์ การฝึกสมอง รวมถึงการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

ตัวอย่างการฝึกสมอง

ทำท่า จีบ-แอล (L)



1. ให้มือขวาทำท่าจีบ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือประกบกับนิ้วชี้ ส่วนนิ้วอื่นๆ ให้เหยียดออกไป
2. มือซ้ายให้ทำเป็นรูปตัวแอล (L) โดยให้นิ้วหัวแม่มือ กับนิ้วชี้ออกไป ส่วนนิ้วที่เหลือให้กำเอาไว้
3. เปลี่ยนเป็นมือซ้ายทำท่าจีบ ส่วนมือขวาทำเป็นรูปตัวแอล (L) ให้ทำสลับกันไปมา 10 ครั้ง

ท่าแตะจมูก-แตะหู



1. มือขวาไปแตะที่หูซ้าย ส่วนมือซ้ายให้ไปแตะที่จมูก (ลักษณะมือไขว่กัน)
2. เปลี่ยนมาเป็นมือซ้ายแตะที่หูขวา ส่วนมือขวาไปแตะที่จมูก (ลักษณะมือไขว่กัน)

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น : Cognitive stimulation in people with mild cognitive impairment. กรุงเทพฯ: ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด; 2559.

นับนิ้ว 1-10



นิ้ว 1



นิ้ว 2



นิ้ว 3



นิ้ว 4



นับ 5



นับ 6



นับ 7



นับ 8



นับ 9



นับ 10

ที่มา : ร.อ.สายันต์ จันทบำรุง, ร.ท.ธีรธาร ธรรมโชติ. เอกสารประกอบการสอน
เรื่อง ประสบการณ์กิจกรรมฝึกสมอง คลินิกสูงอายุ รพ.พระมงกุฎเกล้า,
กรุงเทพมหานคร: 2563.

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

(Comprehensive Dementia Care System for Older Persons : CDC System)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร หรือที่เรียกว่า CDC System การดูแลผู้สูงอายุที่ “ครบวงจร” ต้องประกอบด้วย 3 ระบบ⁷ คือ

1) ระบบการคัดกรอง/คัดแยก

2) ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา

3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยต้องดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุปกติ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (รวมผู้ดูแลและครอบครัว) โดยมีการดำเนินการตาม 6 คุณลักษณะภายใต้ระบบ CDC System⁷ คือ

1. **ครบวงจร (comprehensive)** คือ มีระบบการคัดกรองคัดแยก มีระบบการวินิจฉัยรักษา และมีระบบการดูแลต่อเนื่อง

2. **มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (seamless)** ในการดำเนินการของระบบย่อย

3. **ต้องครอบคลุม (coverage)** ประชากรผู้สูงอายุ

4. **เข้าถึง (access)** บริการได้ โดยสะดวก

5. **เป็นความร่วมมือ (participation)** ของไตรภาคี (ทีมสุขภาพ สังคม และชุมชน/ท้องถิ่น)

6. **เป็นการบูรณาการ (integration)** การทำงานและแหล่งประโยชน์

แนวทางการดำเนินงาน เพื่อ

1. ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (early detection) และให้การป้องกันดูแลเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ
2. กระตุ้นสมองในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม
3. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัว
4. ครอบครัวต้องเป็นหลักในการดูแลโดยการสนับสนุนของไตรภาคี
5. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และผู้ดูแลต้องได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคม

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System)

1. ระบบคัดกรอง/คัดแยก

เริ่มจากการระบบการคัดกรองผู้สูงอายุ⁸ ดำเนินการโดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) caregiver (CG) มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการคัดกรอง โดยใช้เครื่องมือการคัดกรอง คือ แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม (ภาคผนวกที่ 1) และหรือแบบทดสอบสภาพสมอง AMT (ภาคผนวกที่ 2) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) (ภาคผนวกที่ 3) หลังจากการคัดกรองจะได้กลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุปกติ 2) กลุ่มผู้สูงอายุผิดปกติ

หลังจากนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบการ คัดแยก โดยพยาบาลวิชาชีพหรือทีมสุขภาพ คัดแยกโดยใช้แบบประเมินสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 แบบประเมิน MoCA และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) สามารถแยกผู้สูงอายุได้ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

เมื่อผู้สูงอายุที่ผ่านระบบคัดกรอง/คัดแยก จะสามารถแบ่งได้ทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุปกติ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

2. ระบบวินิจัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา

กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระบบ วินิจฉัย หรือที่เรียกว่า คัดกลุ่ม และบำบัดรักษา โดยไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วยภาคสุขภาพ ภาคสังคม รวมถึงภาคท้องถิ่นและชุมชน กรณีตัวอย่างของพื้นที่ต้นแบบบ้านผางโมเดล ที่มีระบบวินิจัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา ที่เรียกว่า “สกลูกขุน” คือ การทำงานร่วมกันของสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ โดย “ทีมลูกขุน” ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก สถานบริการระดับตติยภูมิ แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชนที่ทำหน้าที่ Dementia care coordinator (DT CC) พยาบาลประจำ รพ.สต. ที่ทำหน้าที่ Dementia care manager (DT CM) และนักวิชาการสาธารณสุข⁸

ซึ่งอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) และ caregiver มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญตั้งแต่การติดต่อประสานงาน รวมไปถึงการดูแลภายใต้การกำกับของ DT CM เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน

3. ระบบการดูแลต่อเนื่อง

เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) การทำกิจกรรมสร้างเสริมความจำในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ 2) การทำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และ 3) การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคีในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁹

ซึ่งอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) และ caregiver มีส่วนสำคัญเป็นด้านหน้าในระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำงานร่วมกับทีมไตรภาคี หรือ ทีม COC โดยใช้เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการดูแลในชุมชน คือ การเยี่ยมบ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อให้การดูแลในทุกภาคส่วนที่เรียกว่า การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

กระบวนการทำงาน จะเน้นความร่วมมือของทีมบุคลากรทางสุขภาพทางสังคมท้องถิ่นและชุมชน มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ใช่หมายถึงรวมถึงแค่ทีมสหวิชาชีพ หากแต่รวมถึงอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม.) caregiver และจิตอาสา ที่ทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการคัดกรอง

กลุ่มผู้สูงอายุ	การดูแล	เครื่องมือ/ประสานทีม
กลุ่มปกติ	ทำกิจกรรมส่งเสริมการชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ (brain exercise)	ประสานงาน และทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเน้น การบูรณาการทั้งภาคชุมชนและสังคม
กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	• การทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (brain training) ภายใต้การกำกับดูแลของ DT CM หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน - นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม	ร่วมดำเนินการและประสานงานร่วมกับ DT CM หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง

กลุ่มผู้สูงอายุ	การดูแล	เครื่องมือ/ประสานทีม
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	- เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนตามบทบาท - ประสานงานการนัดหมายผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ - ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย - ร่วมในการเยี่ยมบ้าน - ทำการเยี่ยมบ้านให้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย - รายงานความก้าวหน้าในการดูแลและปัญหาอุปสรรค - ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา	- ประสานงาน และบูรณาการการทำงานร่วมกับทีม COC ของหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ - ร่วมทีมเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rxrama.com/article003.html>. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563.
2. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และการป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_5.html. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563.
3. อภิชัย สิริกุลจิรา. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารกรมการแพทย์. 2560;42:112-7.
4. Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, Berr C, Artero S, Ancelin ML. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. BMJ 2010;341:c3885.
5. Anstey KJ, Mack HA, Cherbuin N. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: Meta-Analysis of Prospective Studies. Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17:542-55.
6. Richard, E., Ligthart, S. A., Moll van Charante, E. P., & van Gool, W. A. Vascular risk factors and dementia-towards prevention strategies. Netherlands Journal of Medicine. 2010; 68,284-90.

7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. นนทบุรี;
2562.
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง. วรณภา ศรีธีรัตน์. กระประเมินผู้สูงอายุเพื่อการ
วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการการ
เสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม
สำหรับประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ
ผู้สูงอายุ. นนทบุรี; 2562.
9. วรณภา ศรีธีรัตน์. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
อย่างต่อเนื่อง. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการการเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมสำหรับ
ประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
นนทบุรี; 2562.

บทที่ 2

บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบุคคลสำคัญในชุมชน รับผิดชอบดูแลครอบครัวประมาณ 10 ครอบครัว และมีการปฏิบัติงานสำรวจข้อมูลตามวาระ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจิตอาสาในชุมชน ก็ล้วนเป็นผู้รู้จักของผู้คน ในชุมชนเป็นอย่างดี และมีมนุษยสัมพันธ์อันดี การตรวจสอบความจำจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ความเป็นกันเอง เยี่ยมเยียนถามข่าว ใช้คำพูด ภาษาถิ่นที่เข้าใจง่าย ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และ จิตอาสา ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จึงมีความสำคัญยิ่ง ในทุกขั้นตอน ดังนี้

1. บทบาทของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา ดังนี้

1) ระบบคัดกรอง/คัดแยก การคัดกรอง เป็นระยะการค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิดจำแนกผู้ที่อาจมีความจำเปลี่ยนแปลงออกจากผู้ที่มีความจำปกติ ส่วนการคัดแยกเป็นการประเมินผู้ที่ผ่านการคัดกรองและพบว่า มีปัญหาด้านความจำและการคิด เพื่อยืนยันและแยกแยะผู้ที่มีปัญหาด้านความจำว่ามีความไม่ปกติด้านความจำจริงหรือไม่

2) ระบบการวินิจฉัย เป็นการค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยบำบัดและรักษาที่เหมาะสม

3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน เน้นการดูแลแบบรายบุคคลที่บ้าน ดูแลแต่ละคนแต่ละครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติและเชื่อมโยงกับระบบบริการที่มีอยู่เดิมในพื้นที่

บทบาท	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
ภาพรวมบทบาท ในระบบ CDC System	• มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม • ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุตามขอบเขตความรับผิดชอบ • ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ	• มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม • ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกับทีม • ทบทวนการปฏิบัติงานกับทีมสุขภาพ (1 ครั้ง/สัปดาห์) • รายงานผลความก้าวหน้าและปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน	• มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม • การสนับสนุนการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในชุมชน • การเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันสมองเสื่อมของงบประมาณจากแหล่งทุน
1. ระบบคัดกรอง/ คัดแยก	• การค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด • การติดตามเยี่ยมบ้าน	• การสนับสนุนรับ-ส่งผู้สูงอายุมารับบริการตรวจคัดกรอง	• อำนวยความสะดวกด้านรถรับ-ส่งด้านอาหาร มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมเตรียมสถานที่

บทบาท	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
2. ระบบการ คัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	ส่งต่อผลการคัดกรองค้นหาผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม ในชุมชน ให้ทีมสุขภาพ		
3. ระบบการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน	- การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม - การติดตามเยี่ยมบ้าน - การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมไตรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่) - การสนับสนุนการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ร่วมกับครอบครัว	- ช่วยเหลือการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ร่วมกับครอบครัว - การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมไตรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่) - ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ	ช่วยเหลือการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ร่วมกับครอบครัว

บทบาท	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
	ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลให้ทีม สุขภาพ		

2. หน้าที่ของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา มีส่วนสำคัญในการดำเนินการ เริ่มตั้งแต่ การเตรียมการและการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับการกิจตามบทบาท หรือการปฏิบัติงานที่ทำอยู่ประจำ ตามรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจิตอาสา

หน้าที่	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
1.ระบบคัดกรอง/ คัดแยก	คัดกรอง/ค้นหา ผู้ที่มีปัญหาด้าน ความจำและการคิด โดยใช้แบบคัดกรอง สมรรถภาพความ จำ 14 คำถาม	สนับสนุน การคัดกรอง/ ค้นหาผู้ที่มีปัญหา ด้านความจำ และการคิด	- สนับสนุน การคัดกรอง/ค้นหา ผู้ที่มีปัญหาด้าน ความจำและการคิด - สนับสนุน/อำนวยความสะดวก

หน้าที่	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
	• และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตามปฏิทินชุมชนเป็นเวลา 2 เดือนของทุกปี • ติดตามคัดกรองผู้ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองตามแผนระยะเวลาที่กำหนด/ตามมูลเหตุของปัญหา		
2. ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	• แจ้งข้อมูลผลการคัดกรองค้นหาผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ให้ทีมสุขภาพ • แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อมต่อทีมสุขภาพ	• แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อมต่อทีมสุขภาพ	• แจ้งข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม/สงสัย/มีภาวะสมองเสื่อมต่อทีมสุขภาพ • สนับสนุน/อำนวยความสะดวก/รถรับ-ส่ง

หน้าที่	อาสาสมัคร สาธารณสุข	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver)	จิตอาสา
3. ระบบการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน	• การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม • ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง • ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแล (Care plan) ที่กำหนดร่วมกับทีมสุขภาพ • การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะการดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามหลัก อ ส ย. • ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน/ให้ข้อมูลการดูแลร่วมกับทีมไทรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่)	• การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม • ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง • การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะการดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามหลัก อ ส ย.	• ร่วมให้การสนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เผื่อระวังเยี่ยมเยี่ยม/ไปมาหาสู่ ให้กำลังใจตามความสะดวก

3. การนำใช้เครื่องมือสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชนในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

3.1 การเพิ่มศักยภาพการใช้เครื่องมือในการคัดกรองของอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา

ในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม และหรือแบบทดสอบสภาพสมอง AMT และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ใช้แบบประเมิน สอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลญาติผู้ใกล้ชิดและครอบครัว การที่จะการใช้เครื่องมือในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ประเมินต้องได้รับการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการใช้และนำใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง เพื่อการประเมินผลที่แม่นยำตรง ตลอดจนวิธีการดำเนินการคัดกรองให้ได้ประสิทธิภาพ

3.2 แนวทางการเพิ่มศักยภาพการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง ประกอบด้วย

1. การเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
2. การเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ เป้าหมายของการคัดกรอง วิธีการเข้าถึงผู้สูงอายุ วิธีการถามเพื่อให้ได้คำตอบตามเป้าหมาย วิธีการพิจารณาคำตอบ การให้คะแนน การแจ้งผลและการบันทึกผลที่ถูกต้อง
3. การเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน วิธีการใช้ แนวทางการตั้งคำถาม วิธีการได้มาซึ่งคำตอบที่ถูกต้อง การสาธิตและสาธิตย้อนกับการใช้เครื่องมือ และการตัดสินใจเกณฑ์การให้คะแนน
4. การฝึกฝนทักษะการใช้แบบประเมินคัดกรองกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ญาติผู้ใกล้ชิดและครอบครัวในพื้นที่ เรียนรู้เทคนิคการตั้งคำถาม สะท้อนปัญหา/ข้อจำกัดต่อกับทีมสุขภาพ เพื่อขอรับคำแนะนำการใช้แบบประเมินที่ถูกต้อง
5. การเข้ารวมการฝึกอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน ตามปฏิทินชุมชนเป็นประจำทุกปีก่อนดำเนินการคัดกรอง

4. การนำใช้เครื่องมือและข้อพึงระวัง

4.1 การนำใช้เครื่องมือ

เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

- 1) แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม
- 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

“ไม่บรรทัดที่ไม่ได้มาตรฐาน ย่อมทำให้วัดผลได้ไม่แม่นยำตรง”

ดังนั้น การใช้เครื่องมือจึงต้องเป็นไม่บรรทัดที่มีมาตรฐาน เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เป้าหมาย

1. เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ที่มีความบกพร่องด้านความจำ และกลุ่มผู้ที่ยังไม่พบความผิดปกติ
2. เพื่อให้ผู้ที่มีความบกพร่องด้านความจำ ได้รับการคัดแยกและการดูแลที่เหมาะสม

แนวทางการใช้เครื่องมือ

1. แบบคัดกรองใช้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและญาติผู้ใกล้ชิดที่อ่านออกเขียนได้ สามารถทำแบบประเมิน
2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ใช้สอบถามกับผู้สูงอายุ เพื่อแยกผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ หรือภาวะซึมเศร้าออกไป เนื่องจากจะทำให้การแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำเกิดความผิดพลาดของการแปลผลได้

3. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ มีข้อความที่ต้องตอบจำนวน 14 ข้อ ต้องถามคำถามเหตุการณ์ตามข้อความที่ละข้อ และถามความถี่บ่อยของการเกิดในทุกข้อ และพิจารณาตามคะแนนที่ได้

(1) **ได้ 1 คะแนน** เมื่อเหตุการณ์นั้น ไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรือ อาจเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี

(2) **ได้ 2 คะแนน** เมื่อเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรือ อาจเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

(3) **ได้ 3 คะแนน** เมื่อเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรือ อาจเกิดขึ้นทุกสัปดาห์

(4) **ได้ 4 คะแนน** เมื่อเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นเกือบทุกวัน

4. เกณฑ์การตัดสิน พิจารณาตามพื้นฐานการศึกษาและความซับซ้อนของภาษาของผู้ถูกประเมิน

(1) คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในความถี่แต่ละปีนานๆ ครั้งหรือไม่มีเลย เป็นผู้ที่มีปัญหาความจำน้อย

(2) คะแนนสูงสุด 56 คะแนน คือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน/ทุกสัปดาห์ เป็นผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องมาก

(3) การตัดสินอยู่ที่คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องมาก และต้องได้รับการตรวจคัดแยกต่อไป

5. สรุปข้อมูลและส่อต่อข้อมูลการคัดกรอง และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องมาก ที่ต้องได้รับการตรวจคัดแยก เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

4.2 ข้อพึงระวังในการใช้เครื่องมือ

1) ผู้คัดกรอง ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2) ผู้ที่ใช้แบบประเมิน ต้องผ่านขั้นตอนการอบรม ให้ความรู้และฝึกทักษะ และนำใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง เพื่อการประเมินผลที่แม่นยำ

3) ผู้ที่ใช้แบบประเมิน ต้องเข้าใจว่าแบบประเมินคัดกรองนี้ เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรองปัญหาด้านความจำเบื้องต้น ยังไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ถูกประเมินที่ได้คะแนนต่ำเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

4) กรณีที่พบว่าผู้ถูกประเมินมีประวัติหลงลืม ควรให้ญาติมาร่วมให้ข้อมูล เพื่อความชัดเจนของข้อมูล

5) ผู้ที่ใช้แบบประเมิน ไม่ควรส่งต่อข้อมูล เรียนรู้การใช้แบบประเมิน จากคำแนะนำของเพื่อน อสม. ด้วยกัน แต่ควรสนับสนุนกันให้ไปเข้ารับการอบรม เพื่อฝึกการใช้ การถามคำถามแต่ละข้อด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง

6) ไม่ควรใช้ คำว่า “ลืม” ในขณะคำถาม แต่ควรสอบถามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อคำถามแทน

7) ไม่ควรดัดแปลง ปรับเปลี่ยนแนวคำถาม เพราะจะมีผลต่อเกณฑ์การประเมิน และทำให้ได้ผลการประเมินที่ไม่ถูกต้อง

8) ไม่ควรเร่งรีบถามคำถาม และเร่งรัดคำตอบจากผู้ถูกถาม ควรให้เวลารอให้ตอบคำตอบ

9) ต้องระมัดระวังคำพูด ไม่ควรแจ้งผลการคัดกรองว่า ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทันที แต่ควรแจ้งผลว่าเป็นการทดสอบความจำเท่านั้น

10) ไม่ควรเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ในกรณีที่สงสัยหรืออาจมีภาวะสมองเสื่อม ควรนำข้อมูลที่ได้ แจ้งต่อทีมสุขภาพ เพื่อให้รับการประเมินคัดแยกและการบำบัดรักษา

5. หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน โดยอาสาสมัคร ผู้ดูแลในชุมชน

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา เป็นบทบาทที่สำคัญในระบบการดูแล
ต่อเนื่องในชุมชน ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
แบ่งกลุ่มการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่ม	เป้าหมายการดูแล
กลุ่มปกติ	เน้นให้ตรวจคัดกรอง ติดตามปัญหา ด้านความจำ และการส่งเสริมการป้องกัน การเกิดภาวะสมองเสื่อม
กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	เน้นการตรวจคัดกรอง ติดตามปัญหา ด้านความจำ ส่งต่อข้อมูลเพื่อคัดแยก วินิจฉัยอาการ
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	เน้นให้การช่วยเหลือ/สนับสนุน การดูแลร่วมกับครอบครัว

การเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งกระบวนการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ที่มี
ภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน ปฏิบัติตามแผนการดูแล (care plan)
จะถูกกำหนดขึ้นตามปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ (DT CM)

โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา จะต้องร่วมวางแผนและปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน/ให้ข้อมูลการดูแลร่วมกับทีมไตรภาคี (สุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องถิ่น) และให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวัน โดยใช้หลักการ อ ส ย. ตามสถานะสุขภาพที่ประเมินได้

ตัวอย่าง แนวทางการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลดำเนินการโดยทีมสุขภาพและแนวทางการสรุปปัญหาและผลลัพธ์ของการดูแล รวมถึงการดูแลที่จำเป็นต้องส่งต่อ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา จะต้องร่วมวางแผนและปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด ดังแสดงในตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แนวทางการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลดำเนินการโดย
ทีมสุขภาพ

กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย	ประเด็น การดูแล	ผู้ที่ควรรับผิดชอบ ในการดูแล (DT CM/ หมออนามัย/อสม./ caregiver/จิตอาสา)	การดูแล และการ ประเมิน
1. การดูแลด้าน การคิดรู้				
1.1 การจัดการยา				
1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ				
2. การดูแลด้าน พฤติกรรมและอารมณ์				
2.1 การจัดการยา				
2.2 การจัดการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา				
3. การประสานติดตาม การรักษาและการส่งต่อ				
4. การดูแลโรคและ ปัญหาสุขภาพ				
4.1 การจัดการยา				
4.2 การควบคุมโรคที่ เป็นอยู่				

กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย	ประเด็น การดูแล	ผู้ที่ควรรับผิดชอบ ในการดูแล (DT CM/ หมออนามัย/อสม./ caregiver/จิตอาสา)	การดูแล และการ ประเมิน
5. การดูแลสุขภาพ โดยรวม				
5.1 การดูแลด้าน กิจวัตรประจำวัน				
5.2 การดูแลฟื้นฟู สภาพร่างกาย				
5.3 การดูแลด้าน ความปลอดภัย/ สิ่งแวดล้อม/ การแสวงหาความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย				
5.4 การดูแลด้านสิทธิ และ การป้องกันการ เกิดการดูแล ไม่เหมาะสม โดย ครอบครัวและชุมชน				
6. การดูแล โดย อสม./ caregiver/ จิตอาสา/ชุมชน (หลัก อ ส ย.)				

กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย	ประเด็น การดูแล	ผู้ที่ควรรับผิดชอบ ในการดูแล (DT CM/ หมออนามัย/อสม./ caregiver/จิตอาสา)	การดูแล และการ ประเมิน
6.1 อาหาร อนามัย- อากาศ ออกกำลังกาย อารมณ์ อูจจาระ				
6.2 สิทธิ สมอง สิ่งแวดล้อม				
6.3 ยา				
7. การดูแลผู้ดูแลและ ครอบครัว				
7.1 ความรู้และทักษะ การดูแล				
7.2 อาชีพ ความเป็นอยู่ ประเด็นที่ควรได้รับ การช่วยเหลือ				

ตารางที่ 5 แนวทางการสรุปปัญหาและผลลัพธ์ของการดูแล รวมถึงการดูแล
ที่จำเป็นต้องส่งต่อ

กิจกรรมการดูแล	ปัญหาและความต้องการ	การดูแลที่ได้รับ	ผู้รับผิดชอบในการดูแล ทีมสุขภาพ/ทีมสังคม/ ทีมชุมชน/จิตอาสา	ผลการดูแลและการดูแล ที่จะส่งต่อ
1. การดูแลด้าน การคิดรู้				
1.1 การจัดการยา				
1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ				
2. การดูแลด้าน พฤติกรรมและอารมณ์				
2.1 การจัดการยา				
2.2 การจัดการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา				
3. การประสานติดตาม การรักษาและการส่งต่อ				
4. การดูแลโรคและ ปัญหาสุขภาพ				
4.1 การจัดการยา				
4.2 การควบคุมโรคที่ เป็นอยู่				

กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย	ประเด็น การดูแล	ผู้ที่ควรรับผิดชอบ ในการดูแล (DT CM/ หมออนามัย/อสม./ caregiver/จิตอาสา)	การดูแล และการ ประเมิน
5. การดูแลสุขภาพ โดยรวม				
5.1 การดูแลด้าน กิจวัตรประจำวัน				
1) อาหาร อนามัย – อากาศ ออกกำลังกาย อารมณ์ อุจจาระ				
2) การกระตุ้น พัฒนาสมอง				
3) สิ่งแวดล้อม				
4) ยา				
5) การดูแลด้าน สิทธิและการป้องกัน การเกิดการดูแล ไม่เหมาะสม โดย ครอบครัวและชุมชน				
5.2 การดูแลฟื้นฟู สภาพร่างกาย				

กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย	ประเด็น การดูแล	ผู้ที่ควรรับผิดชอบ ในการดูแล (DT CM/ หมอครอบครัว/อสม./ caregiver/จิตอาสา)	การดูแล และการ ประเมิน
6. การดูแลผู้ดูแลและ ครอบครัว				
6.1 ความรู้และทักษะ การดูแล				
6.2 อาชีพ ความเป็นอยู่ ประเด็นที่ควรได้รับ การช่วยเหลือ				

6. หลักการดูแล อ ส ย

หลักการที่เรียกว่า อ-ส-ย (5อ-3ส-1ย) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน เป็นการดูแลที่สะท้อนความเฉพาะต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต้องพิจารณาตามลักษณะของแต่ละบุคคล รวมถึงเป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล/ครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรจะต้องครอบคลุม การดูแลโดยทั่วไป การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรมอารมณ์ การฟื้นฟู การใช้ยา การบำบัดรักษาต่อเนื่อง ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม สิทธิ กฎหมายและระยะท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ดูแลและครอบครัว ต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือการดูแลด้านจิตใจ การทำความเข้าใจต่อภาวะสมองเสื่อม มีกำลังใจในการดูแล และมีทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการสนับสนุนในด้านอาชีพ เศรษฐกิจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ เท่าที่เป็นไปได้

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 อ ส ย. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การใช้ หลักการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชนที่เรียกว่า **อ-ส-ย (5อ-3ส-1ย)** นั้น ควรต้องกำหนดกิจกรรมการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามลักษณะของแต่ละบุคคล ตามปัญหาและความต้องการ การดูแลช่วยเหลือ

ตัวอย่างการใช้ อ ส ย. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังแสดงในตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตารางที่ 6 การใช้ 5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ)
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ)				
อาหาร	อนามัย	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อุจจาระ
- การจัดเตรียมอาหารให้มีสารอาหารครบ 5 หมู่ หลายประเภท ปริมาณเพียงพอ ครบทั้ง 3 มื้อ - กรณีมีโรคประจำตัวเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรค - ให้ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว - จัดตารางการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจวัตรอื่น	- จัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ เป็นแบบแผน กำหนดเป็นช่วงเวลา ทำด้วยวิธีการเดิมๆ ซ้ำๆ กัน เช่น กิจวัตรประจำวัน การรับ ประทานอาหาร เวลา รับประทานยา การออกกำลังกาย การอาบน้ำ เวลาเข้านอน การขับถ่าย และการใช้ ห้องน้ำ เป็นต้น	- ให้ออกกำลังกาย ตามสภาพร่างกายและ ความสามารถ หรือทำเท่าที่ทำได้ง่ายๆ - พยายามให้โอกาสช่วยเหลือตนเอง ทำกิจกรรมต่างๆ/กิจวัตรประจำวันด้วย ตนเอง/การเคลื่อนไหวร่างกาย เท่าที่สามารถทำได้ - ครอบครัวย ต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม	- พูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยน้ำเสียงดังชัดเจน นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่ตะโกนเสียงดัง แสดงถึงความเคารพใน ความสูงอายุนะ - พูดคุยเป็นประจำ สม่ำเสมอ อธิบายสั้นๆ ว่ากำลังจะทำ อะไร บอกทีละขั้นตอน ซ้ำๆ เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า	- การดูแลสุขวิทยา ก่อนและหลังการขับถ่าย - การกำหนดช่วงเวลาในการขับถ่ายในแต่ละวัน - การพาเข้าห้องน้ำเป็นกิจวัตรทุกวัน - การดูแลป้องกันปัญหาท้องผูก - กรณีท้องผูกจำเป็นต้องหาวิธีช่วยเหลือ เช่น การสวนอุจจาระ

5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ)

อาหาร	อนามัย	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อุจจาระ
- ต้องใช้เวลาไม่รีบเร่ง - ดึงเครียด - ปิดสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจระหว่างมือ - อาหาร ควรปิดวิทยุ โทรศัพท์ - ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในการเตรียมอาหาร - การรับประทานอาหาร	- จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ คั่นเคย - สะดวก ไม่สลับซับซ้อน - การดูแลสุขอนามัย ความสะอาดของร่างกาย - จัดหาเสื้อผ้าที่สะดวกในการสวมใส่ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกและสวมใส่ด้วยตนเอง จนกว่าจะทำไม่ได้ - สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ	- หลีกเลียง ไม่กระตุ้นหรือพยายามฝืนให้ทำกิจกรรมมากเกินไป - อาจทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสียด้วยได้	- หากต้องการให้ผู้ป่วยทำตาม ใช้คำพูดเชิญชวนไม่ใช่คำพูดเชิงออกคำสั่ง - สอบถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ว่าต้องการให้ทำอะไร - รอหรือให้เวลาผู้ป่วยนึกคิดพูดตอบหรือตอบสนอง - ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การบ่น การดูตำหนิหรือคำพูดในแง่ลบต่อผู้ป่วย	- ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย - หลีกเลียงการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา หากจำเป็นควรสังเกตผิวหนังบริเวณขับถ่าย - การอึเสบติดเชื้อ

5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ)

อาหาร	อนามัย	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อุจจาระ
			- พาไปทำกิจกรรมที่ชอบ พึงพอใจ เพื่อผ่อนคลายและมีความสุข - หากิจกรรมที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	

ตารางที่ 7 การใช้ 3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ)			1 ย. (ยา)
สมอง	สิ่งแวดล้อม	สิทธิ	การใช้ยา
- จัดให้มีสิ่งกระตุ้นเตือนการรับรู้ เช่น นาฬิกา ปฏิทิน รูปภาพต่างๆ - ให้ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ	- จัดสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง - ตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัย ที่อาจทำให้ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม	- หาความรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ - สิทธิในการรับบริการสุขภาพและบริการสังคม	- การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในกรณีมีโรคประจำตัว - ให้ยาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ ตามคำสั่งการรักษา

3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ)			1 ย. (ยา)
สมอง	สิ่งแวดล้อม	สิทธิ	การใช้ยา
ฝึกคำนวณ เล่นดนตรี การเล่นเกมส์ การเย็บปักถักร้อย (ถ้าทำได้) การวาดรูป - จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร การรับรู้ และการเคลื่อนไหว เช่น แวนสายตา เครื่องช่วยฟัง ไม่เท่าค้ายัน	- ปรับให้มีความปลอดภัย เช่น พื้นบ้าน แสงสว่าง ห้องน้ำ และทางเดินทั้งในบ้านและนอกบ้าน เป็นต้น - ไม่ปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่หรือบ้านเพอร์นิเจอร์ เครื่องเรือนในบ้านบ่อยๆ - พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อให้รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน โดยดูแลอย่างใกล้ชิด - ระมัดระวังและหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เป็นอันตราย หรือพลัดหลง	- แหล่งให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ - ปัญหาทางกฎหมาย ที่ต้องรู้ อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น ปัญหาทางคดีแพ่ง และปัญหาทางคดีอาญา	และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

เรื่องเล่า เพื่อนำสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน โดย อสม. caregiver และ จิตอาสา ที่จะสะท้อนในเรื่องของบทบาทและหน้าที่ของ อสม. caregiver และจิตอาสา ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร (CDC System) ที่มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับสถานบริการสุขภาพและชุมชน

การดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบ ศิริรัฐนิคมโมเดล พบว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น ไม่ได้สิ้นสุดที่การวินิจฉัยและการรักษา หรือการตัดสินใจให้ได้รับสิทธิผู้พิการ แต่จำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อเนื่องเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด เท่าที่ทำได้ ตามบริบทของอำเภอศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี วิธีที่ดีที่สุดคือ **การดูแลที่บ้าน** ในชุมชนที่เขาอยู่ ในสถานที่ที่เขาคุ้นเคย แต่โรคสมองเสื่อมก็ยังเป็นโรคที่เครือข่ายในชุมชนเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล มีเสียงโพรยให้ได้ยิน “การดูแลสมองเสื่อมต้องทำอะไรพิเศษไหม ไม่เคยดูแล ใครจะทำได้ ส่งข้อมูลให้หมอ เดียวหมอดูดูแลเองแหละ” โชคดีที่เรามีต้นทุนของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่แล้ว และกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็เป็นกลุ่มเป้าหมายในระบบ Long term care เราเลยทำงานกันง่ายขึ้น **บูรณาการเข้ากับระบบ Long term care เสียเลย แต่ก็ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของทีมเครือข่าย** ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายในการที่ทำให้ทีมเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะสมองเสื่อม เข้าใจความหมายของการดูแลแบบบูรณาการ และครบวงจร รูปแบบการบริการจึงเน้นบริการเชิงรุกที่อาศัยความความมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

**การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและชุมชน โดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน
กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล**

พินกเป็น อสม. และเป็น caregiver (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลป้ามณฑา ที่ป่วยเป็นสมองเสื่อมมา 4 ปี ป้ามณฑาอาศัยอยู่กับลูกสาว ซึ่งเปิดร้านขายของชำในละแวกนั้น ป้ายังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่หลงลืม สับสนเรื่องวันเวลา ปัสสาวะเรี่ยราด แรกเริ่มที่ได้รับมอบหมายให้เข้าไปดู พินกบอกลำบากใจมาก ญาติยังมีความรู้มากกว่าอีก ต้องทำอะไรบ้างตัวเองไม่มีประสบการณ์เลย ได้แต่ไปเยี่ยมตามแผนการดูแลที่เจ้าหน้าที่ให้มา ใน care plan ระบุไว้ว่าต้องมีการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง ก็ยังนึกไม่ออกว่าจะทำอย่างไร

จากการติดตามประเมินผลในภาพอำเภอ เราได้ข้อสรุปว่า คงต้องมีเวทีให้เครือข่ายเราเรียนรู้เรื่องสมองเสื่อมเพิ่ม เราจัดอบรมหลักสูตรอาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญสมองเสื่อม เพิ่มให้ caregiver ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอีก 2 วัน โชคดีที่โรงพยาบาลศิริรัฐนิคมเปิดบริการการดูแลกลางวัน (day care) สมองเสื่อมทุกวันพฤหัสบดี เราเลยมีเวทีสำหรับพี่ๆ กลุ่มนี้ เก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการเป็นจิตอาสา ได้เรียนรู้ของจริง ได้ลงทำและเกิดความมั่นใจมากขึ้น พินกบอกต่อไปนี้ไม่มีอะไรน่ากลัวหรือกังวลแล้ว พร้อมดูแลได้ทุกระยะอุปกรณ์ฝึกสมองก็สามารถยืมจาก day care ไปใช้กับคนไข้ที่บ้านได้

เป้าหมายที่เราวางแผนร่วมกันคือช่วยชะลอความเสื่อม ช่วยฝึกให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตัวเองให้นานที่สุด พินกบอกไม่น่าจะยาก ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้านป้ามณฑา พินกจะวางแผนก่อนแล้วว่าวันนี้จะเอาอะไรไปฝึกสมองป้าดี ป้าชอบร้องเพลง พินกก็จะชวนเล่นต่อเพลงกัน ชวนออกกำลังกายด้วยจังหวะเพลงที่ป้าชอบ รอยยิ้มและเสียงหัวเราะก็น่าจะเป็นรางวัลทางใจที่พินกบอก “ทำแล้วมีความสุข สุขที่ได้ทำ” ป้ามณฑายังมีพฤติกรรมปัสสาวะเรี่ยราดแต่ไม่ยอมใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ปัญหาที่เจอพินกจะมาปรึกษาทุกครั้ง เราช่วยกันออกแบบป้ายบอกทางห้องน้ำ แนะนำลูกปรับเวลาพาไปห้องน้ำบ่อยขึ้น ทุกวันนี้ป้ามณฑา

ยังมานั่งหน้าร้านขายของชำของลูกสาว พุดจาทักทายลูกค้าทุกคนเหมือนว่าจำ
เค้าได้ แต่ทุกคนในหมู่บ้านก็รู้ว่า ป้ามณฑาสมองเสื่อม ใครมาซื้อของก็ทักทาย
ชวนคุย หยอกเล่น ลูกสาวบอกแค่นี้หนูก็พอใจแล้ว ถึงแม้จะจำใครไม่ได้ แต่คนที่
จำแม่ได้ก็ไม่มีใครรังเกียจแม่สักคน

สิ่งที่ได้เรียนรู้

การดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมและครอบครัวที่บ้านในชุมชน ต้องเริ่มที่การ
พัฒนาทีม ทีมต้องเข้าใจความหมายของการดูแลแบบบูรณาการและครบวงจร
ต้องให้ผู้ที่มีความสุข และทำได้สำเร็จ ต้องได้ครุติ มีวิธีการสร้างความรู้ความเข้าใจ
ที่ง่ายต่อการเรียนรู้ และต้องอาศัยความร่วมมือของทีมชุมชนและทีมสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์,
สุทธินันท์ สุบินดี, นิตดา คำนิยม, อรสา กงตาล, และพวงรัตน์ เขาวะเจริญ.
โครงการวิจัย การพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย
ในโครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร:
กรณีศึกษา อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2560.
2. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีธัญรัตน์. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ
14 คำถาม(การคัดกรองด้วยตนเองสำหรับประชาชน: สำหรับอสม.) ใน:
การประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคม
และระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี; 2562.

บทที่ 3

การติดตามและการประเมินผลดำเนินงาน ของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน เป็นกิจกรรมการดูแลที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตราบเท่าที่ผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่และจบจนวาระสุดท้าย รวมถึงการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม เพื่อสนับสนุนให้ได้รับการดูแล บำบัดรักษาที่เหมาะสม

การกำหนดช่วงระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จึงถูกกำหนดขึ้นให้สอดคล้อง/บูรณาการเข้ากับการดำเนินกิจกรรม ภารกิจที่ต้องทำในทุกปี และเป็นการนัดหมายให้ชุมชนได้ทราบล่วงหน้า โดยกำหนดเป็น ปฏิทินการทำงาน/ปฏิทินชุมชน ที่ต้องดำเนินการในทุกๆ ปี เป็นแผนกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ดำเนินการตามขั้นตอน ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ดังนี้

1. การดำเนินงานตามปฏิทินชุมชน

ในที่นี้จะยก ตัวอย่าง ปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอบ้านฝาง แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในปฏิทินชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา

**ปฏิทินชุมชนในการดำเนินงานระบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร**

เดือน	กิจกรรม
ตุลาคม	- ประชุมทีม เตรียมการคัดกรอง ด้วยแบบคัดกรองสมรรถภาพ ความจำ 14 คำถาม - อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะการคัดกรอง ด้วยแบบการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดย อสม. caregiver และ จิตอาสา
ตุลาคม - พฤศจิกายน	ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือ 2 คำถาม คัดกรองซึมเศร้า และแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม คัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม โดย อสม. caregiver และจิตอาสา ที่ผ่านการฝึกอบรม/ทักษะ การใช้แบบคัดกรอง
ธันวาคม - มกราคม	ดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาล ผู้จัดการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม (DT CM; Dementia care manager)
กุมภาพันธ์ - มีนาคม	ประเมิน/ จัดเตรียมข้อมูลผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย ส่งต่อการดูแล โดยพยาบาล ผู้จัดการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (DT CM) และอาสาสมัคร สาธารณสุข caregiver และจิตอาสา ร่วมให้ข้อมูล
มีนาคม - เมษายน	จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ/จัดแบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีความจำ ปกติ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม

เดือน	กิจกรรม
เมษายน - มิถุนายน	- ดำเนินการตามระบบวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม - การรณรงค์ให้ความรู้ เรื่อง ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
กรกฎาคม - ตุลาคม	- กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมอง เพื่อป้องกันปัญหาความจำหลงลืมและชะลอความเสื่อมถอยของความจำ ในกลุ่มปกติ และในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย - การลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวในชุมชน แบบรายกรณีและรายกลุ่ม โดยทีมไทรภาคี
พฤศจิกายน	ประสานเรื่องสิทธิ ขอใบรับรองความพิการ (ทางการรู้คิด) และขึ้นทะเบียนผู้พิการ เพื่อขอรับเบี้ยผู้พิการ ภายหลังได้รับการวินิจฉัยในปีนั้นๆ และการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุกรณีตกสำรวจ

2. บทบาทของของอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน

บทบาทของของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และจิตอาสา ในการบูรณาการภารกิจตามปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ประกอบด้วย

1. เข้าร่วมการประชุม เพื่อเตรียมการ ทีมงานในการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง 14 คำถาม

2. เข้าร่วมการฝึกอบรม/ ฟื้นฟูความรู้ ทักษะการใช้แบบคัดกรอง ด้วยแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง 14 คำถาม เป็นประจำทุกปี เพื่อการนำใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง

3. ลงพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือ 2 คำถามคัดกรองซึมเศร้า และแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง 14 คำถามคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ภายหลังการเข้าร่วมการฝึกอบรม/ ฟื้นฟูความรู้ ทักษะการใช้แบบคัดกรอง

4. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลการคัดกรองของผู้สูงอายุ เพื่อเข้าสู่การดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (DT CM) โดยเฉพาะผู้ที่สงสัยว่ามีความผิดปกติด้านความจำ

5. มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล/ลงพื้นที่/เยี่ยมประเมินปัญหาที่บ้านของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อเตรียมข้อมูลผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย ส่งต่อการดูแล ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (DT CM)

6. ประสานงาน/ช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ในการเข้ารับการวินิจฉัย กับทีมวินิจฉัย

7. การสื่อสาร/การให้ข้อมูล/การให้คำปรึกษา/การประสานการดูแล/ช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

8. ร่วมกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์ความรู้ เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม ให้ประชาชนในชุมชน

9. ร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (brain exercise, brain training, brain care)

และเรื่องเล่าต่อไปนี้ จะสะท้อนบทบาทและหน้าที่ของ อสม. caregiver และจิตอาสา ที่เป็นด้านหน้าสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจะเสนอให้เห็นถึงบทบาทและหน้าที่ของ อสม. caregiver และจิตอาสา เริ่มต้นตั้งแต่ระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อพบว่ามีปัญหาความจำ ก็จะส่งต่อไปให้ DT CM ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแล และบทบาทหนึ่งที่สำคัญในระบบการดูแลต่อเนื่อง คือ ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้านหรือทีมเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคีที่ทำหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะรวมผู้ดูแลและครอบครัวด้วย

**เรื่อง.....สิ่งเล็กๆ ที่ อสม. ทำให้มันยิ่งใหญ่เสมอสำหรับคุณยาย
กรณีศึกษาบ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น**

“ฉันเป็นเอ๋ๆ หลงหน้าหลงหลัง เป็นโง่งโง่งแสงเลี้ยว” คุณยายกล่าวขณะ DT CM ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกับ อสม. ก็เลยสาริตการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ให้ อสม. ดูเป็นตัวอย่าง จากนั้นก็คัดกรองด้วย MMSE และ MOCA ผลการประเมิน ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2558 ADL, IADL ได้คะแนนเต็ม, 2Q = 0, 14 ข้อคำถาม = 31 คะแนน, TGDS = 10 คะแนน, MMSE = 17/17 และ MOCA = 14 คะแนน DT CM ติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้งเพื่อรวบรวมข้อมูล และนำคุณยายเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยในสภาลูกขุน จากประวัติที่ได้ ตอนคุณยายอายุ 56 ปี เริ่มมีปัญหา หาของไม่พบโดยเฉพาะกัญแจบ้าน รีโมทโทรทัศน์, มือถือนิด คัดชาลง ที่คุณยายมักจะบอก DT CM ว่า ยายเป็นเอ๋ๆ คือยายคิดอะไรไม่ค่อยออก เรียกสิ่งของบางอย่างไม่ถูก เช่น แก้วน้ำ ยายก็เรียกที่กินน้ำ อายุ 62 ปี เป็นมากขึ้น หาของไม่พบเลย โดยเฉพาะกระเป๋าสตางค์หายเป็นประจำ น้องสาวที่อยู่บ้านข้างๆ ต้องมาช่วยหา ลืมบอกไป คุณยายอาศัยอยู่กับลูกชาย 2 คน บางทีลูกชายก็ดื่มสุราเมากลับมาจากที่ทำงาน ซึ่งยายก็จะไม่ชอบใจนัก ตอนคุณยายอายุ 63 ปี เอาข้าวไปใส่ที่โรงสีข้าวแล้วไม่ไปเอาข้าวกลับ จนเจ้าของโรงสีเห็นว่านานเกินไปจึงนำมาส่งบ้าน

ลืมน้ำสงสยว่าตัวเองตึมน้ำหรือยัง แต่ขวดน้ำที่เอาออกมาจากตู้เย็นก็ย้งตั้งอยู่ที่ โต๊ะเหมือนเดิมคิดว่าตัวเองตึมแล้ว แต่ทำไมน้ำย้งตั้งอยู่ที่เดิมและน้ำก็ย้งเต็มขวด ย้งคืดย้งง คุณยายเล่าให้ DT CM ฟัง ก็ย้งทำสีหน้างง ฤดูทำนาคุณยายก็ไปทำนาตามปกติ แต่หลังจากเกี่ยวข้าวเสร็จ มัดข้าวเป็นมัดๆ แล้วต้องขนไปกองรวมกันที่ลานข้าว คุณยายก็ขนข้าวไปกองที่ลานจนหมด กลับมานั่งพักที่เถียงนาจนหายเหนื่อย มองไปที่ลานข้าวของตัวเอง อึ้งตาย! ไม่มีข้าวแม้แต่มัดเดียวข้าวหายไปไหนหมด ขณะที่ตกใจอยู่ นั้นเสียงชาวบ้านที่นาใกล้ๆ ตระโกนมาบอกว่า “ยายๆ เจ้าขนข้าวมาไว้ลานข่อยเอ็ดหยัง”

ป้าข้างๆ นาตะโกนบอกว่ายายๆ ขนข้าวมาไว้ที่ลานข้าวฉันทำไม คุณยายก็ย้งมีนๆ คุณยายบอก แต่ก็เดินไปขนข้าวจากลานชาวบ้านกลับมาไว้ที่ลานตัวเอง ตอนอายุ 64 ปี (พ.ศ. 2556) โวยวายว่าเสื้อผ้ายหายหมดไม่มีเสื้อผ้ายจะใส่ ลูกสาวมาช่วยหานึกว่าขโมยขึ้นบ้าน ไปดูที่ตู้เสื้อผ้าปรากฏว่าเสื้อผ้ายยังอยู่เต็มตู้ สิ่งที่คุณยายลืมน้อยๆ คือ กระเป๋าสตางค์ ไม่รู้เอาไว้ไหน มือถือเอาไว้ในช่อง freeze ไปแล้ว 3 ครั้ง ทุกครั้งลูกสาวที่อยู่กรุงเทพจะซื้อให้ใหม่ เพราะเป็นห่วงจะได้โทรมาพูดคุยถามทุกข์สุขตามประสาแม่ลูก ปี 2557 ก็เอาริโมทไว้ในตู้เย็น เอาวิหุไปแช่ช่องผัก บางทีลูกชายบอก แม่ช่วยเก็บบุญแจรงมอเตอร์ไซด์ให้หน่อย คุณยายก็เอาไปใส่ช่อง freeze กับข้าวที่รับประทานไม่หมดไปเก็บในตู้เสื้อผ้า ก็จะโทษว่าลูกชายเป็นคนทำ โดยเฉพาะมือถือ น้องสาวมาเห็นมือถือในช่อง freeze คุณยายก็บอกน้องสาวว่า “ลูกชายมันอิจฉาแม่ที่ได้มือถือใหม่มันก็เลยเอาของยายไปไว้ช่อง freeze ลืมรองเท้าทุกครั้งไปเล่นที่บ้านเพื่อนบ้าน ตอนกลับก็ไม่ใส่รองเท้ากลับ จนเพื่อนบ้านลื้อว่าเป็นผีบ้าขี้ลืม บางครั้งลูกเอาหลานมาให้ช่วยเลี้ยง อาบน้ำให้หลานเสร็จ ลืมใส่เสื้อผ้าให้หลาน จนเพื่อนบ้านมาทักว่าทำไมไม่ใส่เสื้อผ้าให้หลาน

จากการรวบรวมประวัติ DT CM ก็มาวางแผนให้ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นสมองเพราะคิดว่าอีก 3 เดือนกว่าสภาลูกขุนจะเปิด คุณยายคงต้องอาการหนักกว่านี้แน่ๆ เลยปรึกษากับ อสม. ให้มากระตุ้นสมองให้คุณยาย โดย DT CM ลงเยี่ยมบ้านกับ อสม. สาธิตการกระตุ้นสมองให้ อสม. ดูเป็นตัวอย่าง และลองให้ อสม. ทำตาม บอกเทคนิคการจำให้คุณยาย เช่น มือถือนิ้วบอกคุณยาย ว่าก่อนเก็บมือถือนิ้วให้พูดดังๆ มือถือนิ้วไว้หลังทีวี ฉันทเข้าห้องน้ำก่อนนะ ญุญแจบ้านแขวนไว้ที่เสาบ้านเป็นประจำ และบอกกับตัวเองทุกครั้งว่า ญุญแจบ้านอยู่ตรงนี้นะ อสม. เยี่ยมบ้านเกือบทุกวัน ในช่วงแรกๆ พาคุณยายนับเลข (ใช้นิ้วนับหลากหลายวิธีสลับกัน) นับเลขถอยหลัง เล่าความหลังที่คุณยายประทับใจ ผีกลสมาธิ แนะนำให้คุณยายพูดกับตัวเองทุกครั้ง โดยเฉพาะเวลาจะเก็บของที่ชอบบลิ้ม โดยมี อสม. คอยเป็นพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด อสม. สลับกันมาพากระตุ้นสมอง และก่อนกลับจะฝาก การบ้านให้คุณยายฝึกทำด้วยตัวเอง

อสม. ที่รับผิดชอบกระตุ้นสมองให้คุณยายบอกว่า ฉันก็ได้ประโยชน์ด้วย คุณหมอตอนฉันพยายามทำ เราก็ได้ฝึกได้ทำงานเกิดความชำนาญกว่าวันแรกๆ ที่มา กับ DT CM จำไม่ค่อยได้ แกรมมือไม้ก็แข็ง พอได้รับมอบหมายดูแลคุณยาย ตัวเองก็ได้พัฒนาศักยภาพจนทำให้เกิดความมั่นใจ ตลอดเวลาที่คุณยายได้ฝึก อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ทำอย่างไรก็ได้ให้สามารถชะลอความเสื่อมของสมองของคุณยาย เพื่อคุณยายจะได้ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน อสม. เล่าว่าคุณยายให้ความร่วมมือดีมากเลย ขยันทำการบ้านที่ อสม. ให้ฝึกทำทุกวัน เทคนิคการจำคุณยายก็ปฏิบัติทุกวัน มีอยู่วันหนึ่งขณะที่คุณยายจะเข้าไปทำธุระส่วนตัวในห้องน้ำ ก็ตะโกนดังๆ ว่า กระเป๋าสตางค์อยู่บนโต๊ะ ขณะที่คุณยาย กำลังจะเดินเข้าห้องน้ำ คุณยายข้างๆ บ้านตระโกนตอบกลับมาว่า “เออ พูดให้เสียงดังเข้าขโมยก็รู้หรือว่ากระเป๋าสตางค์อยู่ตรงไหน” ลักษณะบ้านของคุณยายเป็นบ้านชั้นเดียว เป็นชุมชนเขตเทศบาล บ้านจึงอยู่ติดๆ กัน บ้านแต่ละหลังมีพื้นที่เฉพาะตัวบ้าน พื้นที่ใช้สอยเหลือน้อย คุณยายเล่าให้ DT CM อสม. ฟัง

ขณะที่ทีมเราไปเยี่ยมบ้านติดตามความก้าวหน้า คุณยายบอกคุณยายเริ่มดีขึ้นนะ ช่วงนี้ไม่ค่อยเอือม ยายกล่าวแล้วก็ส่งยิ้มให้ทีมเรา อสม. ก็ดูสีหน้าอึมครึมใจในผลงานที่ได้ช่วยเป็นคู่มือ ช่วยให้อำลางใจ และมาช่วยเลี้ยงหลานที่ลูกสาวคุณยายนำมาฝากให้เลี้ยงช่วงกลางวัน เลิกงานลูกสาวคุณยายก็มารับหลานกลับไป

ก่อนสภากลุกลงเปิดหนึ่งวัน DT CM ได้โทรศัพท์ให้ อสม. ที่รับผิดชอบไปนัดหมายคุณยาย เพื่อเตรียมพาคุณยายเข้าสภากลุกลง อสม. ไม่ลืมที่จะทดสอบให้คุณยายสาธิตให้ดูว่าคุณยายปฏิบัติตัวตามที่ อสม. แนะนำอย่างไรบ้าง คุณยายก็ทำให้ อสม. ดู ฉันเริ่มจะจำได้แล้ว นิ้วมือฉันก็ทำจีบอำพาเพลินได้ ฉันทำเสร็จก็มานับเลขถอยหลัง ใช้มือนับเลขสลับไปสลับมา อสม. บอกเดี๋ยวพรุ่งนี้พาไปหาหมอใหญ่ที่โรงพยาบาลไปทำให้หมอคุณนะ คุณยายอมยิ้ม

วันที่เปิดสภากลุกลง DT CM ได้รายงานประวัติข้อมูลรอบด้านให้ทีมกลุกลง รับทราบเสร็จ ทุกคนก็พินิจว่าใช่ Dementia แน่ๆ แต่พอ DT CM เชิญคุณยาย อสม. ที่ดูแลและญาติเข้ามาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย และซักประวัติ คุณหมอที่มาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ถึงกับถาม DT CM ว่า “พี่ไปทำอะไรกับคุณยาย” ก็เลยบอกคุณหมอตามที่ได้กล่าวข้างต้นว่า DT CM กังวลเป็นห่วงคุณยายว่า หากคุณยายเป็น Dementia ใครจะดูแลคุณยาย เพราะปัจจุบันนี้คุณยายยังต้องเป็นคนดูแลสมาชิกในครอบครัว คุณหมอกล่าวชื่นชมว่าพี่สุดยอดมาก การกระตุ้นสมอง การดูแลและทำอย่างต่อเนื่องมันช่วยได้ วันนี้แทนที่คุณยายจะได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็น สมองเสื่อม (Dementia) ก็ได้เป็น สมองเสื่อมเทียม (Pseudodementia) แทน อสม. ยังคงเยี่ยมบ้านกระตุ้นสมอง โดยเฉพาะทักษะการจำไม่ได้หลงลืม เช่น ลืมรองเท้าจะเดินให้มองดูเท้าทุกครั้งว่ามีรองเท้าหรือยัง เตือนตัวเอง “วันนี้เอาจริงเท้ามาด้วยอย่าลืมเอากลับบ้านด้วยนะจ๊ะ” เตือนตัวเองทุกครั้ง

วันหนึ่งคุณยายมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คุณยายเล่าให้ฟังว่า คุณหมอดันเขาเป็นโรคเอ๋อแล้ว ฉันบอกลืมไ้บ้านว่าฉัน “เขาเป็นผีบ้าซี้ลื้มแล้ว” ขอบคุณที่ให้ อสม. มาดูแลฉัน ตอนนี้ฉันเห็นมูฉันเป็นเอ๋อๆ คือฉัน (หลงๆลื้มๆ) ฉันกะแนะนำไปให้เอ็ดคือหมอบอก ฉันเป็นพี่เลี้ยงให้มู ฉันเลียนแบบ อสม. ตอนนี้ มูฉันกะดีขึ้น คุณยายเล่าด้วยความภาคภูมิใจที่ตัวเองดีขึ้น และยังสามารทำให้ เพื่อนของคุณยายดีขึ้นอีก เราฟังแล้วก็ลื้มใจที่เห็นสิ่งดีงามแผ่ขยายไปในชุมชน ของเรา

จากเรื่องเล่า จะเห็นได้ว่า บทบาทของอสม. caregiver และจิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม จะให้การดูแลอย่างไร จะเห็นได้ว่าอสม. caregiver และจิตอาสา จะให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล (care plan) ที่ DT CM ได้ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล แล้วส่งมอบให้ อสม. caregiver และจิตอาสา ลงไปเยี่ยมและให้การดูแลที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล เครื่องมือสำคัญสำหรับ อสม. caregiver และจิตอาสา ที่จะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ **แผนการดูแลรายบุคคล (CP)**

ตัวอย่าง ต่อไปนี้จะเป็นการดำเนินงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ของอสม. caregiver และจิตอาสา ภายใต้การกำกับและการดูแลของ DT CM ทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยจะสะท้อน การทำหน้าที่ของ อสม. caregiver และจิตอาสา ดังนี้

**บทบาทหน้าที่ในการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม (การวินิจฉัย)
และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน
กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบ ศิริรัฐนิคมโมเดล เริ่มจากกระบวนการของการสร้างความตระหนักให้กับ ประชาชน รวมทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา โดยเฉพาะ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา จะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่แตกต่างไปจากกลุ่ม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ การให้ความรู้จึงเป็นการปูพื้นฐานให้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา มีความเข้าใจ เกี่ยวกับ พยาธิสภาพของโรค อาการ แนวทางการดูแลรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงชุมชน ได้มากที่สุดช่วยเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้มีความยั่งยืน

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver และจิตอาสา

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ช่วยในการสืบค้นให้ได้มาซึ่งกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งมีตั้งแต่ระยะปกติ ระยะสมองเสื่อมระยะต้น และระยะป่วยสมองเสื่อม โดยในพื้นที่ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง 14 คำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 Q ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองระดับพื้นฐาน โดยก่อนการลงคัดกรอง กลุ่มอาสาสมัครจะได้รับการฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือ ประเมินและทำความเข้าใจในข้อคำถาม เทคนิคการใช้คำถามเพื่อการประเมิน

2. มีการบูรณาการแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมลงไปแบบคัดกรองประจำปีที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยการนำเครื่องมือบรรจุไว้ในแบบฟอร์มประเมินภาวะสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุซึ่งเป็นงานที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ได้มีการลงพื้นที่คัดกรองอยู่แล้วประจำปี

3. การคัดกรองเป็นการทำงานเชิงรุกที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการบุคลากรสาธารณสุข

4. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver มีหน้าที่ในการรวบรวมรายชื่อกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนจากแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถามผิดปกติในพื้นที่รับผิดชอบให้กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อรวบรวมเป็นรายตำบลและแจ้งข้อมูลให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาล ผู้จัดการระบบการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมทำการคัดแยกผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย ส่งต่อเพื่อการรักษาดูแล

5. ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver จะถูกนำมาเข้ากระบวนการของการคัดแยกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลผู้จัดการระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกครั้งด้วยเครื่องมือ แบบประเมิน MMSE และ MoCA เพื่อแยกประเภทกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง เป็นกลุ่มที่มีความปกติ หรือ สงสัยว่าผิดปกติ และกลุ่มที่มีความผิดปกติชัดเจน

6. กลุ่มผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองแยกเป็นประเภท 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะปกติ จะได้รับการส่งเสริมป้องกัน ในรูปแบบของกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ให้รู้เท่าทันป้องกันสมองเสื่อม

7. กลุ่มที่มีผลการประเมินผิดปกติ จะได้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโดยแพทย์ทั่วไป (GP) หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในคลินิกผู้สูงอายุซึ่งหากพบมีภาวะของสมองเสื่อม จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีโดยมีการ

ประสานงานเป็นช่วงทางด่วนระหว่าง dementia care manager (DT CM) กับ nurse coordinator ของ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

8. คลินิกผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรม day care ซึ่ง เป็นระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวันเพื่อแบ่งเบาภาระผู้ดูแลโดยให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน คือ ทุกวันพฤหัสบดีใช้ระยะเวลาเพียงครึ่งวันเช้า โดยมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพ ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (functional) และกระบวนการรู้คิด (cognition) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver จะมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วย ที่เข้ามาใช้บริการ ในคลินิก และมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างครอบครัวและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

9. ระบบการดูแลต่อเนื่องของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นการบูรณาการการทำงานในรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) โดยมีการบูรณาการร่วมกับการทำงานตามการจัดการดูแลผู้สูงอายุภายใต้การจัดสรรทุนสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี care manager หรือพยาบาลผู้จัดการระบบ วางแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ป่วยสมองเสื่อม และบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver คือ ผู้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลผู้จัดการระบบ (care manager) โดยมีการวางแผนลงเยี่ยมติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมการดูแลตามที่พยาบาลผู้จัดการระบบได้วางแผนการดูแลเอาไว้ เช่น การใช้ชุดอุปกรณ์ฝึกสมอง กระบวนการรู้คิด (cognition) ให้ผู้ป่วย การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ภายใต้การบริหารสมองและร่างกาย ขึ้นอยู่กับแผนการดูแลของแต่ละรายบุคคล

10. มีการประเมินติดตามการทำงานของ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือน เพื่อนำแผนการดูแลมาปรับตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กรณีศึกษา

ผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพศหญิง อายุ 82 ปี ผู้สูงอายุ มีสถานะหม้าย มีบุตร 6 คน ซึ่งแต่ละคนแยกย้ายไปมีครอบครัว ผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง มีบุตรซึ่งอาศัยอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยมาดูแลเป็นประจำทุกวัน หลังจากสามีผู้ป่วยเสียชีวิตได้ 3 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ป่วยเป็นคนเจ้าระเบียบ และชอบจู้จี้จุกจิก ทำให้บุตรหลานอยู่ร่วมบ้านด้วยไม่ได้ ระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยชอบเก็บตัวเงียบ ไม่ออกมาพบปะเพื่อนบ้านหรือทำกิจกรรมในหมู่บ้าน บุตรที่อยู่บ้านใกล้ๆ มาพบว่าผู้ป่วยเปิดน้ำทิ้งไว้จนน้ำท่วมบริเวณบ้านเป็นประจำทุกวัน บางครั้งผู้ป่วยจำชื่อคนใกล้ชิดที่เคยมาหาสืบอ่ยๆ ไม่ได้ กลางคืนชอบพูดบ่นคนเดียว ญาติเข้าใจว่าเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุจึงมีอาการดังกล่าว และไม่ได้พาผู้ป่วยไปรักษา จนกระทั่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ซึ่งได้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และได้ทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจึงแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งขณะนั้นเป็นช่วงระยะเวลาการลงเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ จึงได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ทำการประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม ผลปรากฏว่า ได้ค่าคะแนน 14 ข้อคำถามเท่ากับ 40 คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver จึงได้ส่งข้อมูลต่อให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อทำการคัดแยกอีกครั้ง ซึ่งผลค่าคะแนน 14 ข้อคำถามจากการคัดแยกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ dementia care manager (DT CM) พบว่ามีคะแนนผิดปกติตรงตามการประเมินของอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver หลังจากนั้นจึงมีการประเมินซ้ำด้วยแบบประเมิน MMSE ได้ค่าคะแนน 9 คะแนนอยู่ในระดับกลุ่มป่วย จึงแนะนำญาติให้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์อีกครั้ง โดยที่ในพื้นที่อำเภอศีร์ษะรินทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จึงได้รับการตรวจโดยแพทย์ทั่วไป (GP) และมีการปรึกษา case กับอายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา (neuro med) ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ขณะนั้นพื้นที่ยังไม่มีการจัดทำระบบช่องทางด่วนจึงทำให้ประสบปัญหาการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ต้องใช้ระยะเวลานาน และมีความยุ่งยากหลายขั้นตอน มีการนัดผู้ป่วยหลายครั้งแต่ละครั้งที่ต้องพาผู้ป่วยไปมีความยุ่งยากลำบาก ทำให้ญาติตัดสินใจที่จะไม่พาผู้ป่วยไปรักษาต่อ แต่เลือกที่จะใช้บริการคลินิกแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากในการรักษา เมื่อต้องรับยาต่อเนื่องทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ญาติจึงตัดสินใจที่จะหยุดการรับยาที่คลินิก ปัจจุบันผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซด์เมอร์ ในระยะ moderate มีการดูแลโดยบุตรทั้ง 6 คน จะมีการพลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งการดูแลเป็นคนละ 1 สัปดาห์

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี care manager หรือพยาบาลผู้จัดการระบบ วางแผนการดูแลรายบุคคล และมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ มีการลงเยี่ยมให้การดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกิจกรรมการดูแลประกอบไปด้วย การใช้ชุดอุปกรณ์ฝึกสมอง กระตุ้นกระบวนการรู้คิดให้ผู้ป่วย การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย กายบริหารสมองและร่างกาย การช่วยแบ่งเบาภาระจากญาติเช่นการช่วยอยู่เป็นเพื่อนเมื่อญาติต้องการพักผ่อนหรือมีธุระจำเป็น

จากกรณีศึกษาผู้สูงอายุรายนี้ ทำให้พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่แสดงอาการหลงลืมแต่ถูกมองข้ามไป เพราะประชาชนในพื้นที่ยังมีทัศนคติที่ว่า การหลงลืมคือภาวะปกติในผู้สูงอายุ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของประชาชนในพื้นที่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ครอบคลุมในกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมทำให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ได้ปรากฏในฐานข้อมูล ระบบการวินิจฉัยที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญมากพอ ระบบการส่งต่อที่ยุ่งยากซับซ้อน รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ

และมีประสิทธิภาพ หลังจากได้มีการดำเนินการศึกษาวิจัยกับสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีการเก็บรวบรวม ข้อมูลและนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการดูแล ซึ่งในกลุ่มของอาสาสมัคร สาธารณสุข caregiver จะเน้นไปที่การติดอาวุธที่สำคัญทั้งด้านความรู้ การสร้าง ทศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมการฝึกทักษะให้มีศักยภาพเพียงพอในการช่วย ค้นหากลุ่มผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีการจัดทำ แผนการคัดกรอง ร่วมกันโดยมีการบรรจุแบบประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม ลงไปในแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ใช้คัดกรองประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยฝึกทักษะให้มีความเข้าใจ การใช้เครื่องมือและเทคนิคการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินผู้สูงอายุการส่งต่อข้อมูล ในการคัดกรอง

นอกจากนั้นยังมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย สมองเสื่อม โดยจัดทำเป็นโครงการอบรมให้ความรู้กลุ่มอาสาสมัคร ให้ความรู้ เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อีกทั้งยังมีระบบการสนับสนุนชุดอุปกรณ์ เพื่อช่วยการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง การจัดธนาการอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อยืมใช้ กับผู้สูงอายุในความรับผิดชอบดูแล นอกจากนั้นแล้วกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข caregiver ยังมีพี่เลี้ยงคือ DT CM ที่คอยให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้กลุ่มอาสาสมัคร caregiver มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลจากการ วางแผนปรับปรุงพัฒนาดังกล่าว ทำให้พื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีความยั่งยืนต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมการดูแลที่ชัดเจนขึ้น

กรณีศึกษา จอห์นโมเดล จังหวัดนครราชสีมา

ในจอห์นโมเดล จะสะท้อนบทบาทและหน้าที่ของ อสม. caregiver และจิตอาสา ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับปฐมภูมิ เชื่อมกับระดับตติยภูมิ ดังนี้

1. ระบบคัดกรอง โดยอสม.ในช่วงแรกจะใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ซึ่งจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาการ การแสดง การตรวจรักษา การดูแล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะ สมองเสื่อม ซึ่งจะเน้นการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ต้องทำความเข้าใจและฝึกการใช้คำถาม ตลอดจนไม่เร่งรีบในการให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม ปี พ.ศ. 2561 เปลี่ยนมาใช้แบบประเมิน AMT ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ได้มีการชี้แจงอสม.ในการใช้แบบคัดกรอง จะมีประเด็นการให้คะแนนข้อเหตุการณ์ 16 ตุลาคม ซึ่งผู้สูงอายุมักตอบไม่ได้ และข้อพระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบัน คำตอบจะหลากหลายตอบไม่ถูก อสม. ส่งเอกสารแบบคัดกรองให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่จะนำไปคัดกรองมาตรวจสอบซ้ำ และคัดแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถทำแบบประเมินได้ อสม.จะเขียนชื่อส่งเจ้าหน้าที่ หรืออสม. บางคนสามารถบอกเจ้าหน้าที่ได้ว่ามีผู้สูงอายุบางรายสงสัยภาวะสมองเสื่อม

- กลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่จะนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ (ช่วงเช้า) โดยนัดผ่านอสม. บางรายมีโทรศัพท์ก็จะโทรนัด โดยนัดมาวันละ 5-8 ราย พยาบาลที่คลินิกผู้สูงอายุจะประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินMMSE และ MoCA หากพบความผิดปกติ จะส่งพบแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ระบบการวินิจฉัย เนื่องจากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ แพทย์จะตรวจประเมิน ให้การวินิจฉัย การรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หรืออาการ BPSD ที่ใช้ยา แต่หากจำเป็นที่ต้องส่งต่อรพ.มหาราช นครราชสีมา ก็จะส่งต่อตามระบบไปที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในรายที่มีประเด็นด้านกฎหมาย บางรายญาติไม่สะดวกพาไป ไม่อยากไป ก็จะดูแลต่อที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่ใช้ยา ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการ BPSD ที่ไม่ใช้ยา จะสอบถามวิธีการจัดการปัญหาจากผู้ดูแล ซึ่งหากญาติสามารถรับมือ แก้ปัญหาได้ ก็จะชื่นชมและจะทำให้กำลังใจ หากพบว่ายังเป็นปัญหาจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หากต้องรับยาต่อเนื่องที่ PCU จะมี ระบบติดตาม หากขาดนัด การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการ การกินยา ศักยภาพ caregiver สิ่งแวดล้อมในบ้าน ในรายที่ส่งต่อไป รพ.มหาราชนครราชสีมา จะติดตาม การไปตรวจ การวินิจฉัย และการรักษาต่อเนื่อง

นอกจากนี้ที่ PCU ได้จัดกิจกรรมเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ 1) กลุ่ม MCI จัดกิจกรรม cognitive training 2) กลุ่มสมองเสื่อมระยะแรก มีคลินิกสมองเสื่อม เน้นการทำกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อม ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จะทำให้สามารถติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง กรณีที่ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม จะมีการเยี่ยมบ้านและประเมิน และให้แบบฝึกหัด เพื่อให้ญาติฝึกผู้ป่วยต่อไป อสม.จะรับรู้หากมีผู้ป่วย จะช่วยดูแลกรณีเห็นผู้ป่วย เดินออกจากบ้าน จะสอบถามและพากลับบ้านและโทรแจ้งญาติ และสามารถให้ คำแนะนำญาติได้ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบ เพื่อการช่วยเหลือต่อไป และ 3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง หรือผู้สูงอายุทั่วไปที่อยากเข้าร่วมกิจกรรม

การบูรณาการเข้ากับงานที่ทำ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจำทำการคัดกรองปีละ 1 ครั้งโดยใช้ แบบ Basic geriatric assessment ทำให้ได้คัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ ไปพร้อมกัน โดยอสม. จะทำหน้าที่ในการคัดกรอง และการจัดคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนี้จะมีผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติมารับบริการ ผู้รับบริการบางรายที่มาตรวจด้วยโรคอื่นๆ หากมีความผิดปกติก็จะส่งมาที่คลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ ทำให้มีระบบรองรับบริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสมองเสื่อมหรืออื่นๆ นอกจากนี้กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ก็จะประยุกต์สอดแทรกกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในหลักสูตร โดยมี อสม. มาเป็นพี่เลี้ยงเพื่อกระตุ้นสนับสนุนผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม

จะมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ทำควบคู่กับการแก้ไขปัญหาหากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ไม่ล้มและไม่ล้ม โดยได้พูดคุยกับผู้นำชุมชน อสม. เพื่อจัดกิจกรรมในชุมชน เริ่มที่ชุมชนที่มีความพร้อม โดยนัดผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจัดในชุมชนได้แก่ที่วัด บ้านอสม. บ้านผู้นำชุมชน และจัดกิจกรรมบูรณาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความรู้ด้านต่างๆ รวมถึงกิจกรรมฝึกสมองและความจำ ซึ่งผู้สูงอายุสะท้อนว่า “เป็นการจัดกิจกรรมที่สามารถเข้าร่วมได้สะดวก ใกล้บ้าน ดีกว่าอยู่บ้านเฉยๆ”

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 82 ปี คัดกรองด้วยแบบประเมิน AMT ได้ 8 คะแนน แต่ญาติให้ประวัติว่าผู้สูงอายุ มักบอกว่าไม่ได้กินยา ไม่ได้กินข้าวกิน ทั้งที่ญาติให้กินแล้ว จึงนัดทำMMSE ผลสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม แพทย์จะส่งไปตรวจเพิ่มเติมที่รพ.มหาราชราษีมา แต่ญาติปฏิเสธ จึงดูแลต่อเนื่องที่ PCU โดยนัดรับยา HT ต่อทุก 2 เดือน และติดตามอาการ ต่อมามีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย จึงตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีภาวะ Hyperthyroid จึงรักษาด้วยยา และเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นมานั่งพับผ้าตอนกลางคืน คิดว่าบุตรสาวขโมยเงิน เงิน จึงเริ่มรักษาอาการ BPSD (มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์) โดยใช้ยา และให้คำแนะนำญาติในการดูแล มีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการและการกินยาต่อเนื่อง

ประเมินสภาพแวดล้อม ประเมินศักยภาพผู้ดูแล และนัดเข้าคลินิกสมองเสื่อม ซึ่งญาติสะดวกพามาเข้า การดูแลในคลินิกสมองเสื่อมกระตุ้นให้ร่วมทำกิจกรรมตาม โปรแกรม ซึ่งไม่บังคับผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง และมีความสุขที่ได้มาร่วมกิจกรรม

ข้อควรระวังการใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม พบว่า คำถามข้อ 8 และข้อ 10 ความหมายใกล้เคียงกัน ข้อ 1 และ ข้อ 11 เช่นเดียวกัน อสม.ถามคำถามโดยพูดซ้ำๆ ให้ชัดเจน ไม่เร่งรัดผู้สูงอายุ และทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ได้ปรับเปลี่ยนเครื่องมือการคัดกรองมาใช้แบบทดสอบสมอง AMT คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แทน

เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเติม). สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเทศไทย). มปป.
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณาธิการ). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
3. อรพิชญา ไกรฤกษ์. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเทศไทย). มปป.
4. นิตยา ภาสุนันท์. ปัญหาความพร่องในการสื่อสาร ความจำและการเรียนรู้. ใน จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด; 2545.
5. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, สุทธินันท์ สุปินดี, นัตตา คำนิยม, อรสา กงตาล, และพวงรัตน์ เขาวะเจริญ. โครงการวิจัย การพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย ในโครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุม: กรณีศึกษา อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2560.

บทที่ 4

สิทธิและแหล่งประโยชน์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ที่อาศัยคนดูแลในชุมชน...ควรรู้

การคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัว เป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมรวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน¹

ผู้สูงอายุทุกคน จะเป็นเป้าหมายของการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ควรต้องได้รับ การคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) แล้วได้รับการดูแลตามสิทธิและสภาพสมอง การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ต้องได้รับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมด้วย brain exercise ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องได้รับการฟื้นฟูสมองและป้องกันการเกิดสมองเสื่อม ด้วย brain training หรือแม้แต่ผู้ที่มีภาวะเสื่อมแล้วยังต้องได้รับการดูแล ที่เรียกว่า brain care

การคุ้มครองด้านสุขภาพในเบื้องต้น คือ การจัดให้มีบริการหรือระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบทั้งเส้นทางคือ การคัดกรอง คัดแยก การคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) และการดูแลต่อเนื่อง เป็นระบบที่เรียกว่า ครบวงจร และเป็นระบบที่ให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ ทุกบริการผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก ได้รับสิทธิในการดูแลและได้รับความเป็นธรรมจากบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม

แต่ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทย จะเป็นการดำเนินในรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม เป็นการจัดบริการสวัสดิการตามมาตรฐานที่พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 กำหนดโดยต้องครอบคลุมถึงผู้รับบริการสวัสดิการสังคม ซึ่งก็คือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอยู่ในสภาวะยากลำบากหรือที่จำต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น เด็ก เยาวชน คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกละเมิดทางเพศ หรือกลุ่มบุคคลอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด²

แนวทางการช่วยเหลือการจัดสวัสดิการ³

1. การตามแผนที่วางไว้ในลักษณะหรือรูปแบบที่เป็นการส่งเสริมการพัฒนา การสงเคราะห์ การคุ้มครอง การป้องกัน การแก้ไข และการบำบัดฟื้นฟู โดยให้ผู้รับบริการครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วม
2. ให้บริการสังคมที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ ความจำเป็นของผู้รับบริการครอบครัว ชุมชน
3. ระดมทรัพยากรในชุมชน และประสานงานหรือส่งเรื่องต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนและนอกชุมชนได้ร่วมให้ความช่วยเหลือหรือพัฒนา
4. การจัดสวัสดิการสังคม จะต้องนำไปสู่การส่งเสริมพัฒนาผู้รับบริการทั้งระดับบุคคล กลุ่มชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพัฒนาและสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม
5. การจัดสวัสดิการจะต้องกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้ศักยภาพของ ตนเองได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ

การจัดการทางสังคมที่จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ก็คือการที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นเป็นการเพิ่มศักยภาพและเข้าใจถึงปัญหาอย่างถ่องแท้ที่สุด โดยเฉพาะปัญหาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล การเข้าถึงและทราบถึงสิทธิต่างๆที่ตนพึงได้ในเบื้องต้นก็ถือว่าสำคัญเช่นกัน

แหล่งสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ...ควรทราบ

1. แหล่งประโยชน์ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

1.1 ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง⁴

1) ปัญหาด้านกฎหมายทางแพ่ง ได้แก่ ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยสินเหน้า โดยพยานเอกสารหรือเวชระเบียนเป็นหลักฐานที่สำคัญในการที่ศาลจะพิจารณาตัดสินการทำนิติกรรมสัญญา ของผู้ป่วยเป็นโมฆียะ หรือโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งมาตรา 29 และ 30

2) ปัญหาคดีอาญา เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่ ลหุโทษ จำคุก และประหารชีวิต ปัญหาที่พบมักเกิดจากปัญหาทางจิต (BPSD) ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การลักขโมย การดูหมิ่น คดีเหล่านี้ ศาลจะสั่งไม่ลงโทษ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกลจริต ตามหลักฐานทางการแพทย์

3) ผู้พิทักษ์คือ ผู้ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้มีอำนาจดูแลผู้ป่วย ในการดำรงชีวิต และดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นผู้ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยได้ กระทำการที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างที่เจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ที่เกิดจากการ ดูแลที่บกพร่อง

- การแต่งตั้งกระทำได้ โดยศาลมีคำสั่งแต่งตั้งตามผู้ป่วยแจ้ง ความประสงค์ไว้ขณะยังมีสติสัมปชัญญะดีพอ หรือบิดามารดา ภรรยา บุตร ญาติใกล้ชิดร้องขอ หรือตามที่อัยการร้องขอ

- ศาลจะมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิพากษา เป็นบุคคลไร้ความสามารถ

- ควรดำเนินการขอให้ศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกัน ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถตัดสินใจ ได้ด้วยตนเอง

1.2 ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม⁴

ประกอบด้วย 4 ลักษณะ

กฎหมาย	รายละเอียด
ปัญหาทางคดีอาญา	ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (BPSD) เช่น การทำร้ายร่างกาย การละเมิดทางเพศ การลักขโมย การหมิ่นประมาท เป็นต้น
ปัญหาทางคดีแพ่ง	1. กระทำละเมิดต่อผู้อื่น เช่น การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งจากการกระทำทางคดีอาญา 2. การที่ผู้ป่วยจะทำนิติกรรมในทางที่จะทำให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ เช่น ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญาการยกให้โดยเสน่หา เป็นต้น ในกรณีนี้ แพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการตั้งผู้พิทักษ์ เพื่อจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย
การทำพินัยกรรมเกี่ยวกับมรดก	ผู้ป่วยที่จะทำนิติกรรม ต้องมีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่ทำพินัยกรรม โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้อย่างถูกต้อง และไม่มีภาวะสับสน อาจเคยมีประวัติความผิดปกติทางจิต แต่มีหลักฐานที่แสดงว่าควบคุมรักษาได้ และอยู่ระหว่างการดูแล รักษาต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบประวัติของทรัพย์สิน คุณค่าของทรัพย์สิน เหตุผลการยกทรัพย์สินให้ และผลสืบเนื่องภายหลังจากการยกทรัพย์สินให้ และผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบถึง ความสัมพันธ์กับผู้รับมรดก และแสดงเหตุผลที่สมเหตุสมผลในการมอบให้

กฎหมาย	รายละเอียด
	ทั้งนี้ การทำพินัยกรรมควรทำตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด โดยแพทย์ ผู้ดูแลในสถานพยาบาลต้องไม่มีผลประโยชน์ที่ได้จากการนี้ ยกเว้นค่าตอบแทนการประกอบวิชาชีพเท่านั้น
การทำพินัยกรรมชีวิต (living wills)	เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้ป่วย ในขณะที่ทำ นิติกรรมนี้จะต้องมีความรู้สึกตัวดี สามารถแสดง ความเข้าใจถึงภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่ และความเป็นไปของ โรคระยะสุดท้าย ดังนั้น ในกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องมี การจัดตั้งผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาล เพื่อดำเนินการ ให้เป็นไปตาม ความประสงค์ของผู้ป่วย โดยจะต้องแจ้งความประสงค์ และชนิดของการรักษาที่ไม่ต้องการ เช่น การทำการกู้ชีพ โดยการปั๊มหัวใจ การผ่าตัดหลอดลมเพื่อใส่ท่อหายใจ (tracheostomy) การผ่าตัดหน้าท้องเพื่อ ใส่ท่ออาหาร หรือ การใส่สายทางจมูกเพื่อให้อาหาร การผ่าตัดหรือการรักษาใดๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เป็นต้น

2. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ช่องทางการรับบริการสามารถติดต่อโดยตรง	• สถานีตำรวจ • สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด • บ้านพักเด็กและครอบครัว • โรงพยาบาล • สถานศึกษา • อบต./เทศบาล • สำนักงานและสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน
โทรสายด่วน	โทรศัพท์สายด่วนที่หมายเลข 1330
ติดต่อทางเว็บไซต์	www.osccthailand.go.th
ภาคเอกชน/องค์กรการช่วยเหลือที่ไม่แสวงหาผลกำไร	• สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม www.azthai.org • สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย www.thaidementia.com/ • มูลนิธิกระจกเงา www.mirror.or.th/

3. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ในครอบครัว

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การสงเคราะห์โยก/ รถเข็นนั่งคนพิการ	1. ให้การช่วยเหลือรถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการเคลื่อนไหวของคนพิการในการใช้ชีวิตประจำวัน และเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้พิการต้องมีความสามารถในการใช้รถโยกได้ โดยแขนทั้งสองข้างแข็งแรง 2. ให้การช่วยเหลือรถเข็นนั่ง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการเคลื่อนย้ายตัวเองไปในที่ต่าง ๆ ของคนพิการ
การสงเคราะห์ครอบครัว คนพิการ	1. กรณีเด็กพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง /ครอบครัว 2. กรณีคนพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 2,000 บาท/ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง/ครอบครัว

4. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเศรษฐกิจ

แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
การรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	มีการกำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท 2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท 3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท 4. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท
กองทุนผู้สูงอายุ	เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพตามประเพณี	ช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีรายละ 2,000 บาท
การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามโครงการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุใช้ชีวิตในชุมชน	ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนเรื่องอาหารและ/หรือเครื่องนุ่งห่ม โดยไม่เกินวงเงินครั้งละสองพันบาท และจะช่วยเหลือได้ไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปี โดยถือตามปีงบประมาณ

แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	1. ช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้งต่อครอบครัว 2. กรณีช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของเกิน 2,000 บาท ต่อครั้งต่อครอบครัว ให้อยู่ในดุลพินิจผู้ว่าราชการจังหวัด

5. แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ⁵

สิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน	สิ่งที่สูงอายุได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น	- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ - การดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ - การบริการสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย - การจัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	- กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย - สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย - สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร - สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม - กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน	สิ่งที่สูงอายุได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
ด้านการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับ อันตรายจากการ ถูกทารุณกรรม หรือ ถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมิชอบด้วย กฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง	- การให้คำแนะนำ ปกป้อง และให้ความช่วยเหลือ - กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ กรรม แสวงหาประโยชน์ โดยมิชอบด้วย กฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้ รับการช่วยเหลือตาม ประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์	- สำนักอัยการสูงสุด - กรมคุ้มครองสิทธิและ เสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่น ที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว	- การให้คำแนะนำ ปรึกษา และให้ความ ช่วยเหลือ - กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ กรรม แสวงหาประโยชน์ โดยมิชอบด้วย กฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้ รับการช่วยเหลือตาม ประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์	- กรมคุ้มครองสิทธิและ เสรีภาพกระทรวงยุติธรรม - กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

สิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน	สิ่งที่สูงอายุได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
ด้านการช่วยเหลือด้าน ที่พักอาศัย อาหารและ เครื่องนุ่งห่มให้ตาม ความจำเป็นอย่างทั่วถึง	กรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อน จะได้รับการช่วยเหลือตาม ประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุ ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง	กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
ด้านการช่วยเหลือ เงินเบี้ยยังชีพ	ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์ สัญชาติ ไทย ไม่เป็นผู้ได้รับ สวัสดิการหรือสิทธิ ประโยชน์อื่นใดจากหน่วย งานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือ	- สำนักส่งเสริมการพัฒนา เศรษฐกิจ สังคม และ การมีส่วนร่วม กระทรวง มหาดไทย - สำนักงานการสงเคราะห์ และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร - กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

สิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน	สิ่งที่สูงอายุได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
	เงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน ตลอดชีวิต โดยแบ่งตาม ช่วงอายุแบบขั้นบันได	
กองทุนระบบการ ดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ มีภาวะ พึ่งพิง คะแนนประเมิน ความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน จะได้รับการ ด้านสาธารณสุขตามชุด สิทธิประโยชน์โดยเชื่อม โยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546.(อินเทอร์เน็ต).
กรุงเทพ : กองกฎหมาย สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก : <http://law.m-society.go.th/>
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(อินเทอร์เน็ต) :
กรุงเทพ. เข้าถึงได้จาก: www.msociety.go.th/document/edoc/edoc_2290.pdf
3. อรวรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม, อรวรรณ ประสิทธิศิริผล, พิมพ์นารา ดวงดี, ปนิตา มุ่งกลาง, นิติกุล ทองน่วม และคณะ. รายงานผลการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีน จำกัด; 2561.
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines :Dementia). กรุงเทพฯ:ธนาเพรส จำกัด; 2557.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes); มปป.

ภาคผนวก
สารบัญภาคผนวก

	หน้า
ภาคผนวกที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม	79
ภาคผนวกที่ 2 การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)	81
ภาคผนวกที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q)	83

แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม

คำชี้แจง

- คะแนน 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย
หรืออาจจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี
- คะแนน 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก
หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน
- คะแนน 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์
- คะแนน 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

กิจกรรม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. หาของใช้ในบ้านไม่พบ					
2. จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้					
3. ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำ ซ้ำถึง 2 ครั้ง					
4. ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย					
5. ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือ เมื่อ 2-3 วันก่อน					
6. ลืมเพื่อนสนิท หรือ ญาติสนิท หรือ บุคคลที่คบหากันบ่อยๆ					
7. ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์ หรือวารสารที่อ่าน					
8. ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง					
9. ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่					
10. สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา					

กิจกรรม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
11. ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้					
12. ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย ๆ มักเกิดอาการหลงทิศหรือหลงทาง					
13. ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อซักครู่เพิ่งได้หิวผมเสร็จไป					
14. เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ					
รวมคะแนน					

แปลผล	14-19 คะแนน	สมรรถภาพทางสมองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
	20-29 คะแนน	สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง
	30-39 คะแนน	สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง
	40-56 คะแนน	สมรรถภาพทางสมองต่ำ ควรพบแพทย์

ที่มา : แปลจากบทความใน British Medical Association โดย ชาญัญญา ตันติลีปิกร (วท.ม.จิตวิทยาคลินิก) สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล และพญ.โสภา เกริกไกรกุล หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพฯและวชิรพยาบาล

การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

(คัดกรองโดยบุคลากรทางสุขภาพ: สำหรับ รพ.สต.)

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

ใช้คัดกรองภาวะการรับรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่
ถูกต้องจะเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถาม

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.....		

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
7	วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.. คำตอบ.....		
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร คำตอบ.....		
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร คำตอบ.....		
10	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....		

การแปลผล

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

ที่มา: คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ: กระทรวงสาธารณสุข 2559

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ลำดับ	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่?		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่?		

- ถ้าตอบ “ไม่มี” 1-2 ข้อ ให้ประเมินต่อด้วย 14 ข้อคำถาม
- ถ้าตอบ “มี” ทั้ง 2 ข้อ ไม่ต้องประเมินด้วย 14 ข้อคำถาม



กรมการแพทย์

สถาบันวิทยาศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



กรมการแพทย์
Department of Medical Services