



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

คู่มือ

การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
สำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม

Handbook

Comprehensive Dementia Care Management for Older Persons
for Dementia Care Manager

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
สำหรับ ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม

Handbook Comprehensive Dementia Care Management
for Older Persons for Dementia Care Manager

ที่ปรึกษา

นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ

นพ.สแกนต์ บุญนาค

ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง

รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการ

นางสาวอรรวรรณ คูหา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

บรรณาธิการร่วม

นพ.สแกนต์ บุญนาค

นางสาวปนิดา มุ่งกลาง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2563

จำนวน 278 หน้า

โรงพิมพ์ : บริษัท อีส ออกัส จำกัด

ISBN: 978-616-11-4442-5

ผู้เขียน

พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันประสาทวิทยา

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร
ผู้ช่วยหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
(สนับสนุนพันธกิจด้านการศึกษา)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.โกคิน ศักรินทร์กุล
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลลำพูน

พญ.อารดา โรจนอุดมศาสตร์
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันประสาทวิทยา

ผศ.วิณา ลิ้มสกุล
อาจารย์พยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

พว.นวลพรรณ พิมพ์สาร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจ้อหอ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พว.สุวรรณี นิยมจิตร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นพ.สแกนต์ บุนนาค
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์

พท.ผศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ
อาจารย์แพทย์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

นพ.สาริกข์ พรหมมารัตน์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลลำพูน

พญ.ณัฐดา ลิ้มทัย
นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันประสาทวิทยา

พว.กึ่งกาญจนา เมืองโคตร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

พว.สยมพร ชูชีพ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจ้อหอ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พว.พรรทิพา นวลมุสิก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พว.ขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นางสาวพลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล
นักกิจกรรมบำบัด
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางนิติกุล ทองน่วม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวอรวรรณ คุหา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวปนิดา มุ่งกลาง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ
ผู้ช่วยนักวิจัย
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวจรรณี วิทยาจักษ์
นักจิตวิทยาคลินิก
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางสาวเกมกีฬา โสมะโสภ
นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ
โรงพยาบาลขอนแก่น

นางสาววรรษา วงศ์เพ็ญ
นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
โรงพยาบาลอุทัยธานี

นางสมฤดี เนียมหอม
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คำนิยาม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทางวิชาการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในระดับนโยบาย การดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ และในปี พ.ศ. 2562 สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่าย และพื้นที่ที่สนใจสร้าง/พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำร่อง ใน 13 เขตบริการสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีการขยายผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Plan ขององค์การอนามัยโลก

การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากร โดยเฉพาะ Dementia Care anager (DT CM) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จะทำให้ระบบและการดูแลดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง บูรณาการเข้าเป็นงานประจำ และเกิดยั่งยืนของการดำเนินการ การดูแลต้องอาศัยความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ชุมชน และภาคเอกชน ความร่วมมือกันนี้ ไม่เพียงจะทำให้เกิดการบูรณาการดูแลร่วมกันทั้งในระดับสถานบริการและชุมชนเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรในพื้นที่

ขอขอบคุณและชื่นชมคณะกรรมการจัดทำคู่มือ ทั้งจาก กรมการแพทย์ คือ สถาบันประสาทวิทยา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษา คือ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี และพื้นที่ต้นแบบที่ดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ได้แก่ บ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น ศิริรัฐนิคมโมเดล จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจอหอโมเดล จังหวัดนครราชสีมา และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ และการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการจัดทำคู่มือเล่มนี้ คือ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน นพ.สแกนต์ บุณนาค รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะจนสำเร็จเป็นคู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Handbook of Comprehensive Dementia Care Management for Older Persons for Dementia Care Manager) เพื่อเป็นหลักและแนวทางทางวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ขอชื่นชมสถาบันฯ และเครือข่าย ที่ร่วมมือและเป็นพันธมิตรที่เข้มแข็งและมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างงานวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศ



นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์
อธิบดีกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Handbook Comprehensive Dementia Care Management for Older Persons for Dementia Care Manager) จัดทำขึ้นเพื่อให้ Dementia Care Manager บุคลากรทีมสุขภาพ และทีมภาคีที่ในสนใจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างครบวงจร คือ ตั้งแต่ระบบคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่มและการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุทุกสถานะสุขภาพสมองทั้งผู้สูงอายุปกติที่มีภาวะเสี่ยงมากกว่าวัยอื่น ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งยังทำให้สามารถเชื่อมโยงระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ระยะต้น ระยะกลาง และระยะท้าย) ด้วยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพภาคสุขภาพ ภาคสังคม และโดยภาคประชาชน

ความเป็นมาของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรที่ควรรับรู้ มีนิยามและคุณลักษณะของระบบที่น่าสนใจ เพื่อการดูแลให้เกิดคุณภาพ ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมและปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เข้าใจการดูแลผู้ที่มีภาวะนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่ขึ้นการใช้ในพื้นที่ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ จะให้แนวทางหรือบทเรียนเพื่อการดำเนินการพัฒนาระบบพร้อมตัวอย่างในการดำเนินงานของพื้นที่ บทบาทหน้าที่ของ Dementia Care Manager และ Dementia Coordinator Care และตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ การจัดการดูแลสำหรับแนวทางการดูแลผู้ที่มี ภาวะนี้ มีทั้งการดูแลผู้สูงอายุในทุกสุขภาพสมอง รวมทั้งการดูแลครอบครัว โดยยังให้ความสำคัญกับการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมในผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย เพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มสมองเสื่อม) การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไร้รอยต่อ (seamless care) รวมทั้ง การดูแลผู้ดูแลและครอบครัว การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คู่มือเล่มนี้จะช่วยให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลและดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ อันจะเป็นประโยชน์ ในการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำใช้ในพื้นที่ของตนเอง โดยอาศัยความเหมือนความต่างในบริบท ตลอดจนต้นทุนและแหล่งประโยชน์ที่แต่ละพื้นที่มีอยู่

คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Handbook Comprehensive Dementia Care Management for Older Persons for Dementia Care Manager) นี้ ต้องการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแสวงหาภาคีในการพัฒนาระบบ และเป็นคู่มือในการดำเนินงานการดูแลในระบอบอย่างมีขั้นตอน และต่อเนื่องตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำที่เรียกว่าครบวงจร อย่างไร้รอยต่อ ครอบคลุมและเข้าถึงผู้สูงอายุโดยสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ที่สำคัญ คือบูรณาการให้เป็นงานประจำทำต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการวินิจฉัยและบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การเข้าถึงบริการ เพื่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ โดยได้รับการปกป้องคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม และชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนของไทย และเป็นการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงอายุต่อไป



นายสกลันต์ บุนนาค

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

คำนิยม

คำนำ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ 1	ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System for Older Persons)	1
	อรรรรณ คุหา	
	ความหมาย	1
	คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	1
	ความเป็นมาของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ของประเทศไทย	3
	การตอบสนองความต้องการของประเทศด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	3
	ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager	7
บทที่ 2	ภาวะสมองเสื่อม และการวินิจฉัย	11
	พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์	
	พญ.ณัฐลดา ลิ้มทัย	
	พญ. อารดา โรจนอุดมศาสตร์	
	ภาวะสมองเสื่อม	11
	การซักประวัติและตรวจร่างกาย	11
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	14
	การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	14
	การรักษาภาวะสมองเสื่อม	14
	การจัดการดูแลภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา	15
	การดูแลทั่วไป (general management)	
	การดูแลในกรณีที่มีความบกพร่องของปรีชา (management of cognitive impairment)	
บทที่ 3	การจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	25
	รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร	
	ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต	25
	อาการด้านพฤติกรรม	
	อาการทางด้านจิตใจ	

	สาเหตุการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต	27
	แนวทางการดูแลปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต	
	การดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต	
บทที่ 4	การจัดการระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	อรรพรรณ คูหา 41
	ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	41
	การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	42
	ระบบการคัดกรองและคัดแยก	
	ระบบคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยและบำบัดรักษา	
	ระบบการดูแลต่อเนื่อง	
บทที่ 5	บทบาทผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	ผศ.วิณา ลิ้มสกุล 73
	ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager	73
	บทบาทหน้าที่ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DT CM)	73
	บทบาทของ DT CM ในระบบคัดกรอง	
	บทบาทของ DT CM ในระบบคัดแยก	
	บทบาทของ DT CM ในระบบคัดกลุ่ม	
	บทบาทของ DT CM ในระบบการดูแลต่อเนื่อง	
	เรื่องเล่าชุดที่ 1 บทบาท DT CM ในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในสถานบริการ 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ)	80
	1.1 บทบาทของ DT CM ระดับปฐมภูมิ: บ้านฝางโมเดล	80
	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร	
	1.2 บทบาทของ DT CM ระดับทุติยภูมิ: ศิริรัฐนิคมโมเดล	85
	พว.สุวรรณี นิยมจิตร	
	1.3 บทบาทของ DT CM ระดับตติยภูมิ: จอหอโมเดล	90
	พว.นวลพรรณ พิมพ์สาร	
	พว.ขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์	
	พว.สุมพร ชูชีพ	
	เรื่องเล่าชุดที่ 2 บทบาท DT CM ในการใช้เครื่องมือของระบบคัดกลุ่มและระบบการดูแลต่อเนื่อง	95
	2.1 การจัดทำเครื่องมือ (Aging Illness Trajectory: AIT)	96
	เพื่อเตรียมข้อมูลเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การร่วมวินิจฉัย และการส่งต่อ	
	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร	
	2.2 การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร 99

	2.3 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	106
	2.3.1 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล	พว.พรรณทิพา นวลมุสิก
	2.3.2 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา จอหอโมเดล	พว.นวลพรรณ พิมพ์सार
เรื่องที่ 3	บทบาท DT CM ในการให้คำปรึกษา/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมระยะต่างๆ และในการประสานขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานใน ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	115
	3.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ)	115
	3.1.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล	พว.พรรณทิพา นวลมุสิก
	3.1.2 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา บ้านฝางโมเดล	พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร
	3.2 การดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	ผศ.วิภา ลิ้มสกุล 121
		พว.สุวรรณณี นิยมจิตร
	3.3 การเขียนขอรับการสนับสนุนงบประมาณ: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล	พว.สุวรรณณี นิยมจิตร 126
เรื่องที่ 6	เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และการนำใช้	131
	เครื่องมือที่ใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ผังไหล	131
	เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร:	134
	3 ระบบย่อย	อรวรรณ คูหา จารุณี วิทยาจักร วรรษชา วงศ์เพ็ญ พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร นพ.สาริกซ์ พรหมมาร์ตัน นพ.โกดิน ศักรินทร์กุล
	เครื่องมือและการนำใช้ Telemedicine ในการดูแลรักษา ผู้ป่วยสมองเสื่อม	นพ.สแกนต์ บุนนาค 156
เรื่องที่ 7	การดูแลภาวะสมองเสื่อม	163
	แนวความคิดการจัดกิจกรรม brain exercise	จารุณี วิทยาจักร 163
	แนวทางการจัดกิจกรรม brain exercise	
	การจัดกิจกรรม brain exercise แบ่งตามระดับการดูแล	
	กรณีตัวอย่างการจัดกิจกรรม brain exercise	

	แนวคิดการจัดกิจกรรม brain training : TEAMV <i>พลินท์ชญา พัชรพสิษฐกุล</i>	168
	โปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: TEAMV (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function)	
	แนวคิดการจัดกิจกรรม brain care <i>เกมกีฬา ไสยะโสภ</i>	176
	แนวทางการจัดกิจกรรม brain care	
	หลักการจัดกิจกรรม	
	เป้าหมายสำคัญของการจัดกิจกรรม brain care	
บทที่ 8	การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไร้รอยต่อ <i>พท.ผศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ</i>	183
	แผนการดูแล	183
	การบันทึกแผนการดูแล	184
	แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมในทุกระดับ	195
	สถานบริการสุขภาพ	
	กรณีศึกษา	199
บทที่ 9	ผู้ดูแลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม <i>ปณิดา มุ่งกลาง พิมพ์นารา ดวงดี อรรรรณิ คูหา พว.สุวรรณี นิยมจิตร</i>	219
	ความสำคัญของผู้ดูแลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	219
	ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Caregivers of persons with dementia)	220
	เครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia care support networks)	223
	การจัดทำ group support	
	แนวทางการจัด group support	
	ขั้นตอนการดำเนินการ เพื่อทำ group support	
	ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาโดยการทำกลุ่มสนับสนุน	227
	ประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	
	ประโยชน์ต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	
	การทำกลุ่มสนับสนุน group support: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล	227
	การสร้างสังคม/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia friendly society/community)	230
	ผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia supporter)	231
	บทบาทของ dementia supporter ในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System)	233

บทที่ 10	การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	237
	ความสำคัญและความจำเป็น	อรรรรณ คุหา 237
	แนวคิดการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม	อรรรรณ คุหา 240
		ปณิตา มุ่งกลาง
	การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	241
	การคุ้มครองทางสุขภาพ	อรรรรณ คุหา
	การคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน	
	การคุ้มครองทางสุขภาพในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)	อรรรรณ คุหา 244
	แหล่งประโยชน์ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในบริบทของประเทศไทย	246
		นิตกุล ทองน่วม
		สมฤดี เนียมหอม
		พิมพ์นารา ดวงดี
		คุณัญญา แก้วภาพ
	แหล่งประโยชน์ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่จัดโดยภาครัฐ	
	แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว	
	แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว	
	แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเศรษฐกิจ	
	แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ	
	แหล่งประโยชน์ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment)	
	แหล่งประโยชน์ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม	
	แหล่งประโยชน์ด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม	
ภาคผนวก	ภาคผนวกที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม	260
	ภาคผนวกที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)	261
	ภาคผนวกที่ 3 สรุปผลการคัดกรอง-คัดแยก	262
	ข้อมูลการคัดกรอง-คัดแยก	
	ภาคผนวกที่ 4 สรุปผลการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)	264
	ภาคผนวกที่ 5 แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัวเพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น	267
	ภาคผนวกที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002	270
	ภาคผนวกที่ 7 แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	273
	ภาคผนวกที่ 8 แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)	274
	ภาคผนวกที่ 9 ข้อผิดพลาดการใช้เครื่องมือการคัดแยก	275

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	หัวข้อของการชักประวัติและตรวจร่างกายที่แนะนำ
ตารางที่ 2.2	ตารางแยกภาวะสมองเสื่อมจากภาวะพ้อและโรคซึมเศร้า
ตารางที่ 2.3	การฟื้นฟูด้านกายภาพ
ตารางที่ 2.4	รูปแบบการรักษา
ตารางที่ 2.5	pharmacological treatment of dementia
ตารางที่ 2.6	ผลของยาต่อ cognitive outcome ทางคลินิก
ตารางที่ 2.7	ข้อควรระวังในการใช้ยา cholinesterase inhibitors (ChEIs) ร่วมกับยากลุ่มอื่น
ตารางที่ 2.8	pharmacological management of modifiable risk factors of dementia
ตารางที่ 3.1	การรักษาปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และความผิดปกติทางจิตด้วยยา
ตารางที่ 6.1	การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ
ตารางที่ 8.1	ข้อมูลทั่วไป
ตารางที่ 8.2	การประเมินด้านต่างๆ เป้าหมาย และแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
ตารางที่ 8.3	ตัวอย่างแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม
ตารางที่ 8.4	แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมใน ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ
ตารางที่ 8.5	การบันทึกข้อมูลทั่วไป
ตารางที่ 8.6	ตัวอย่างการบันทึกแผนการดูแลรักษา

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1.1	คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	2
ภาพที่ 4.1	แนวทางการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (พื้นที่ A)	44
ภาพที่ 4.2	วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหรือ Aging Illness Trajectory : AIT	56
ภาพที่ 4.3	การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนโดยไตรภาคี	68
ภาพที่ 4.4	ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) และระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)	69
ภาพที่ 6.1	ผังไหลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดลำพูน: ระดับ primary care	133
ภาพที่ 6.2	การคัดกลุ่ม 2 รูปแบบ: แบบดั้งเดิมและแบบสภาลูกขุน	139
ภาพที่ 6.3	ผังไหลการทำการวินิจฉัยเบื้องต้น (primary diagnosis) จังหวัดลำพูน	140
ภาพที่ 6.4	การใช้ Tele Medicine สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	160
ภาพที่ 10.1	ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	242

บทที่ 1

บทนำ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System for Older Persons)

ความหมาย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร หรือ Comprehensive Dementia Care System for Older Persons หรือ CDC system หมายถึง ชุดของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพสมอง ที่ให้บริการดูแลอย่างครบถ้วน (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบ¹ ด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและในสถานสุขภาพ ซึ่งทั้งสามระบบต้องต่อเนื่อง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทันเหตุการณ์ และไร้รอยต่อ (seamless) ชุดของระบบทั้งหมดจะตอบสนองการดูแลสุขภาพสมอง ผู้สูงอายุทุกคนและทุกสถานะสุขภาพอย่าง **ครอบคลุม (coverage)** และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (**access**) การให้บริการในระบบเป็นการทำงานร่วมกัน (**participation**) ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน การจัดบริการจะมีการบูรณาการ (**integration**) ชุดของบริการในระบบเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ ให้มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ ระบบนี้มีเป้าหมายรวม คือ **ให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้การป้องกัน ชะลอหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การบำบัดรักษา และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุทุกสภาพสมองและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน**¹

คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) มีคุณลักษณะ 6 อย่าง² ดังนี้

1. **Comprehensive หรือ ครบวงจร:** ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร มี 3 ระบบย่อย หรือองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)

เป้าหมายของระบบ คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน ที่ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มที่พึงได้รับสิทธิในการส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะนี้เกิดขึ้นได้รับการบำบัดและรักษา ทั้งนี้การจัดการระบบต้องมีความร่วมมือของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และต้องด้วยการมีส่วนร่วมของภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรเอกชน

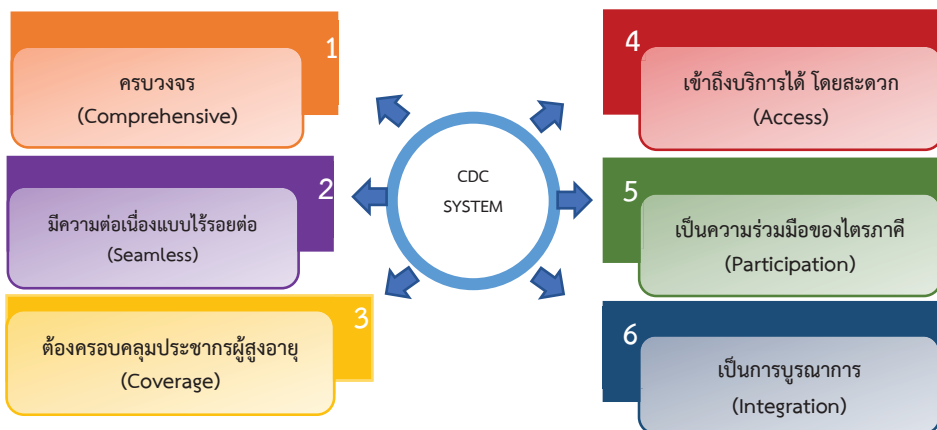
2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ การดำเนินงานของระบบย่อย มีการประสาน ส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์

3. Coverage หรือความครอบคลุม ระบบให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งผู้ที่ปกติ ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยครอบคลุมประชากรแต่ละกลุ่มอย่างน้อยร้อยละ 80

4. Access หรือ การเข้าถึง ระบบที่จัดให้เป็นธรรมแก่ประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก มีทั้งเชิงรับ เชิงรุก และครอบคลุมสิทธิที่พึงได้ของประชาชน

5. Participation หรือ ความร่วมมือ การจัดการระบบ เป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับบริการ คือทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และที่สำคัญเป็นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรต่างๆ ทั้งของเอกชนและรัฐ

6. Integration หรือ การบูรณาการ ระบบจะบูรณาการบริการที่มีอยู่เข้ากับการประจำที่ทำอยู่ และบูรณาการ แหล่งประโยชน์ โดยมีการดำเนินงานที่มีรูปแบบ มีแผนการชัดเจน เป็นเส้นทางเฉพาะของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่เริ่มต้นคัดกรอง จนถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชน และในสถาบัน และที่สุดจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ



ภาพที่ 1.1 คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
(Comprehensive Dementia Care System for Older persons : CDC System)

ความเป็นมาของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2558-60 ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้โครงการการศึกษาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม³ โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยร่วมมือกับ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่และสถานบริการ ในพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การศึกษาในโครงการนี้ทุกพื้นที่ให้คำตอบชัดเจนว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน มีบริการที่เป็นลำดับขั้นตอน 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนเป็นระบบด้วยมีเป้าหมาย มีการนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เป็นเฉพาะของระบบ ผลลัพธ์ของบริการตามขั้นตอนหนึ่งจะเป็นการนำเข้าของขั้นตอนต่อไป อันแสดงถึงการต้องเชื่อมโยงส่งต่อของบริการ จึงจะสามารถให้การดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

ในปี พ.ศ. 2560 การวิเคราะห์ผลโครงการการพัฒนา ได้ข้อสรุปว่า รูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความครบวงจรและเป็นระบบ นำมาสู่การกำหนดชื่อของระบบที่พัฒนานี้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร หรือ **Comprehensive Dementia Care System for Older Persons** หรือ **CDC System** และระบบนี้มีระบบย่อย 3 ระบบเป็นองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)

การตอบสนองความต้องการของประเทศด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาทั้งในด้านการรู้คิด (cognition) ด้านอารมณ์และพฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่เสื่อมถอยลงตามเวลาที่ผ่านมาไป ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และที่สุดต้องพึ่งพา ดังนั้นจึงไม่เพียงกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ครอบครัว และก่อภาระให้กับสังคมประเทศชาติ⁴

สมองเสื่อมที่เป็นภาวะเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่นับวันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผลักดันให้ประเทศโดยเฉพาะระบบสุขภาพต้องเผชิญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานการณ์ที่ประเทศยังไม่มีระบบ แม้ขณะนี้ยังมีแต่ยังจำกัด และควรเป็นระบบการดูแลสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและครบวงจร ที่สามารถค้นหาภาวะนี้แต่เนิ่นๆ (early detection) ให้การส่งเสริม ป้องกัน (promotion & prevention) ในผู้ที่มีความเสี่ยง ให้การฟื้นฟูสภาพหรือคืนสภาพสมอง (rehabilitation) ในผู้ที่มีปัญหาเล็กน้อย และให้การคงสภาพสมองให้ดำรงยาวนานที่สุดในผู้ที่มีปัญหาด้วยการรักษาบำบัด (cure & care) การดูแลที่มีอยู่เป็นเพียงบางส่วนที่ไม่ต่อเนื่อง และผู้สูงอายุของประเทศนี้เข้าไม่ถึงบริการ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรที่พัฒนาขึ้นนี้มีความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลสมองเสื่อมของประเทศ ในทุกประเด็น ไม่ว่าจะเป็น ประเด็นความเข้าถึงและไม่มีบริการที่จะช่วยการค้นหาโรคได้แต่เนิ่นๆ ไม่ว่าจะเป็น “ในประเทศไทยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 95.6”⁵ “การคัดกรองมีการดำเนินการอยู่ เป็นการคัดแล้วกอง ไม่ได้ทำอะไรต่อ ยังไม่ถูกต้อง ข้อมูลที่ได้ไม่ทำต่อเนื่อง และไม่มีเป้าหมาย” ดังนั้น การคัดกรองในระบบ CDC System นี้จึงตั้งเป้าทำในผู้สูงอายุทุกคน (whole population approach) ด้วยเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะเรื้อรังนี้ทั้งสิ้น ดังนั้นจึงผนวกเข้าไปกับบริการคัดกรองโรคเรื้อรังอื่นที่ดำเนินการอยู่แล้วในชุมชน และจัดให้เป็นบริการที่ผู้สูงอายุมีสิทธิพึงได้รับ (คุ้มครองสิทธิเบื้องต้น) การคัดกรองเป็นการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองผิดปกติแต่เนิ่นๆ เพื่อนำเข้าทำการคัดแยก การคัดกลุ่ม และเข้าสู่การรักษาบำบัด จึงนับว่ามีการพยายามจะค้นหาความผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (early detection)⁶

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ต้องทำการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวนมาก เพื่อให้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อลดภาระการดำเนินการของทีมสุขภาพและเพื่อให้เกิดความครอบคลุม เข้าถึงผู้สูงอายุทุกคนอย่างถ้วนหน้า งานนี้ได้กำหนดให้ อสม. caregiver และ/หรือ จิตอาสาเป็นผู้ทำการคัดกรอง และประกันคุณภาพโดยการฝึกฝนการใช้เครื่องมือการคัดกรอง และควบคุมกระบวนการทั้งหมดโดยผู้จัดการการดูแลสมองเสื่อม หรือ DT CM

การคัดแยกในระบบ CDC System⁷ เป็นการแยกแยะผู้ที่มีความผิดปกติในเรื่องความจำที่มาโดยการคัดกรองของ อสม. เพื่อให้ได้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพสมองและต้องให้การดูแล โดยจะได้ 1) **ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive**

Impairment: MCI) จากเครื่องมือ ไม่ใช่จากการวินิจฉัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะสมองอยู่ในระยะระหว่างการเปลี่ยนแปลงปกติตามอายุและภาวะสมองเสื่อม ที่ตามหลักฐานแล้ว บ่งบอกว่า “อาจกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ร้อยละ 25-30”⁸ การได้รับการคัดแยกและได้รับการบำบัดในระบบ CDC System อาจช่วยลดจำนวนผู้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อมได้ ด้วยมีหลักฐานว่า “ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือ MCI ในชุมชนมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 5-10 ต่อปี”⁹ 2) ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยทำให้การเข้าถึงบริการ ที่ว่า “ร้อยละ 91 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกไม่ได้รับการวินิจฉัย”¹⁰ และมักได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมปานกลางหรือรุนแรงแล้ว และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ดังนั้นการคัดแยกไม่เพียงทำให้ได้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการบำบัดก่อนที่จะเกิดสมองเสื่อมเท่านั้น แต่ทำให้เกิดการวินิจฉัยหรือคัดกลุ่มที่เข้าถึง และทันการณด้วย

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เป็น clinical diagnosis⁶ มักต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต้องอาศัยการตรวจเพื่อยืนยันที่มีค่าใช้จ่ายสูง และใช้เวลานาน ทำให้ประเด็น “การวินิจฉัยทำไม่ได้ เข้าไม่ถึง ทำได้เฉพาะโรงพยาบาล ใหญ่ๆ” กลายเป็นปัญหาสำคัญ **การคัดกลุ่มในระบบ CDC System** จึงมีทางเลือกให้แพทย์ทั่วไป สามารถทำการวินิจฉัยได้โดยร่วมมือกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานเดียวกัน หรือหน่วยบริการระดับสูงที่อยู่ในเครือข่ายกัน แต่การพัฒนาต้องอาศัยความเข้าใจกัน และเห็นประโยชน์ของการขยายบริการและการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึง ให้ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการรักษาทันการณ์ (สมองเสื่อมจากสาเหตุที่รักษาได้) และหวังให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุมประชากรเป้าหมาย ซึ่งจะต้องเกิดนวัตกรรมการวินิจฉัยหรือคัดกลุ่ม เพื่อลดปัญหา “ภาวะคั่งของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลใหญ่” “ภาระผู้ป่วยมากเกินไปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งบั่นทอนคุณภาพบริการ ทำให้การบริการล่าช้า จนอาจต้องสูญเสียผู้สูงอายุเพราะเข้าไม่ถึง และที่ไม่ทนต่อการรอคอยเพื่อรับรักษา ความตั้งใจที่จะพัฒนาการวินิจฉัยให้มีประสิทธิภาพ อาจก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแนวใหม่ ที่มีเส้นทางการดำเนินงานที่กระชับ ลดขั้นตอน (lean system) หรือ บริการ ณ จุดเดียว (one stop service) ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ประเทศไทย รูปแบบการวินิจฉัยใหม่ที่นำเสนอไว้ ให้ศึกษา คือ **การคัดกลุ่มแบบสภาลูกขุน**⁷ ที่ดำเนินการภายใต้เงื่อนไข ไม่มีแพทย์เฉพาะทางที่จะทำการวินิจฉัย ในโรงพยาบาลที่เป็นเจ้าภาพเจ้าของระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น และแพทย์ที่รับผิดชอบระบบของโรงพยาบาลเป็น family doctor ซึ่งไม่เชี่ยวชาญเรื่องสมองเสื่อม โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลใหญ่ที่เป็นแม่ข่าย ทำให้สภาลูกขุน เกิดทีมลูกขุนที่มีองค์ประกอบหลัก คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

(จากรพ. ตติยภูมิ) แพทย์ทั่วไป มี DT CM DT CC สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกัน เสนอข้อมูล ตัดสิน วินิจฉัย สั่งการรักษา บำบัด และให้แนวทางการดูแลแก่ผู้สูงอายุและ ครอบครัวโดยตรง รูปแบบนี้เป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการ เพราะช่วยเพิ่มสมรรถนะ ของทุกคนที่ร่วมทีม และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว เพราะไม่ต้องไป โรงพยาบาลใหญ่หลายๆ ครั้ง ซึ่งเป็นความยากสำหรับผู้ดูแลในการพาผู้สูงอายุที่มีปัญหา หลงลืมออกนอกบ้าน อีกทั้งได้พบแพทย์เฉพาะทาง และทีมการโดยตรง ได้มีการซักถาม มีการรับรู้การดูแลที่ต้องทำอย่างชัดเจน และที่สำคัญสะดวกใกล้บ้าน และผู้ดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านก็เป็น DT CM ที่คุ้นเคย

การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระบบ CDC System¹¹ เป้าหมาย คือการดูแล ผู้สูงอายุทุกคน ตามสภาพสมองที่แยกเป็นกลุ่มความจำปกติ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และด้วยความที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะทุพพลภาพจึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลและครอบครัวจึงต้องรับภาระนี้ต่อเนื่อง ยาวนาน ดังนั้นระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงต้องให้การดูแลผู้ดูแลและ ครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องด้วย บริการในระบบมีทั้งการ ส่งเสริม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม การฟื้นฟูสภาพสมองและการดูแลสมอง อย่างครบถ้วน การดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีเครื่องมือเฉพาะ ด้วยการสนับสนุนและให้ ทรัพยากรอย่างเหมาะสม จะสามารถดำเนินการได้อย่างไม่เป็นภาระ

การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระบบ CDC System จำเป็นต้องเป็นความร่วมมือ ของไตรภาคี¹¹ ด้วย “ที่อยู่ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือในครอบครัว ในชุมชน การดูแลต้อง อาศัยชุมชน ร่วมกับท้องถิ่น.....” ดังนั้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย เป็นทีมที่มีเป้าหมายเดียวกัน แต่ทุกฝ่ายทุกเครือข่ายต่างบรรลุวัตถุประสงค์ของตนเอง จึงเป็นรูปแบบการทำงานที่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพ เพราะผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ไม่เพียงการมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ มีสุขภาพกาย และมีสุขภาพสมองเท่านั้น ต้องการสุขภาพในเรื่อง ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และสังคมรอบข้างที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุด้วย

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้ภาวะสมองเสื่อมที่เป็น ปัญหาสำคัญของประชากรกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ระบบ CDC System เป็นบริการ สุขภาพที่รองรับและตอบสนองความต้องการในสถานการณ์ระดับของภาวะสมองเสื่อม ในสังคมผู้สูงอายุของประเทศ การสร้างระบบให้เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ครอบคลุมปัญหาสมองเสื่อม ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยความ ร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นเรื่องท้าทายในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

และเชื่อว่าถ้ามีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเป็นรูปธรรมแล้ว จะสามารถนำสู่การพัฒนาการดูแลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) อื่นๆ ได้อย่างแน่นอน

ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager

ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager หรือที่เรียกย่อว่า DT CM คือ ผู้จัดการการดูแล (care manager) ที่จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง DT CM จะทำบทบาทได้นั้น ต้องการสมรรถนะอย่างน้อย 3 อย่าง คือ 1) ความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่รวมถึงการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ตลอดจนการให้การดูแลทั้งหมด 2) มีความเข้าใจ มีแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือระบบ CDC System สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนการสร้างระบบและดำเนินการระบบ และ 3) มีความรู้ในบทบาทและปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลได้

ดังนั้น การที่ DT CM จะดำเนินการพัฒนาระบบหรือจัดการระบบได้นั้น นอกจากการมีความรู้และทักษะของการเป็นผู้จัดการการดูแล (care manager)¹² แล้ว สิ่งที่ต้องต่อยอด คือ *ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการระบบและบทบาทของตนในการจัดการระบบ สำหรับภาวะสมองเสื่อม การค้นหา การวินิจฉัย การรักษา การบำบัด การดูแลในทุกระยะของภาวะนี้ ได้ประมวลไว้ในบทที่ 2, 3 รายละเอียดการจัดการระบบในบทที่ 4 ต่อจากนั้นจะเป็นบทบาทของ DT CM (บทที่ 5) ที่นำเสนอโดยเรียงเล่าในหลากหลายบทบาทของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว ตามด้วยบทที่ 6 เครื่องมือที่ใช้ในระบบที่จะบอกถึงการนำไปใช้จริง บทที่ 7, 8 และ 9 นำเสนอการจัดการดูแลเพื่อการชะลอ/ป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อม การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไร้รอยต่อ มิติของผู้ดูแล และเครือข่ายสนับสนุนการดูแล และที่จำเป็นรอการต่อยอด คือ การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว*

เอกสารอ้างอิง

1. ผ่องพรรณ อรุณแสง. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System). ใน โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2565) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2563.
2. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. สมุทรสาคร: บริษัทไซเบอร์พรีน จำกัด. 2562.
3. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย. ในโครงการการพัฒนาและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร. กรุงเทพมหานคร; 2560.
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ในวันที่ 31 สิงหาคม 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด; 2555.
5. Jitapunkul S, Chansirikanjana S, Thamarpirat J. Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries: a population-based study. Geriatric Gerontol Int 2009; 9: 47-53.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2557.
7. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร: CDC system. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.

8. Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Ann Neurol* 2008; 63: 494-509.
9. Farias ST, Mungas D, Reed BR, Harvey D, DeCarli C. Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic-vs community based cohort. *Arch Neurol* 2009; 66: 1151-1157.
10. Vacour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2964-8.
11. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีธีญรัตน์. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชุมชน. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: 2559.

บทที่ 2

ภาวะสมองเสื่อมและการวินิจฉัย

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5¹ คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง (major neurocognitive disorder) ในด้านปริชาณปัญญา (cognition) 6 ด้าน อันได้แก่ การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การบริหารจัดการ (executive function) การใช้ภาษา (language) การใส่ใจเชิงซ้อน (attention) การรับรู้ก่อดิสัมพันธ์ (visuo-perceptual ability) (การรับรู้มิติสัมพันธ์ใน CDC system) และการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม² ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียน มีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป³ ถ้าคำนวณตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมถึง 542,300 คน ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

ภาวะปริชาณปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) หรือ การรับรู้ติดบกพร่องเล็กน้อย (ใน CDC system นี้) คือ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านปริชาณปัญญา (cognition) ร่วมกับตรวจทาง cognitive function แล้วพบว่าบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน เหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาระดับเท่ากัน⁴

การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทางระบบประสาท และการตรวจ cognitive screening และ/หรือ specific cognitive domain มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมและหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะกลุ่ม reversible dementia เช่น subdural hematoma, encephalitis, hypo/hyperthyroidism, chronic kidney disease, chronic liver failure, hypoglycemia, vitamin B₁₂ deficiency, drugs, excessive use of alcohol เป็นต้น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม⁵ นอกจากนี้ยังใช้ประเมินความรุนแรง ผลการรักษาและติดตามโรค

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การซักประวัติเป็นเรื่องสำคัญที่สุดและถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงมีความสำคัญ บางครั้งการพูดคุยกับผู้ป่วย ซักถามเพียง 4-5 คำถาม ก็สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด การพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดมีความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการเก็บ

รวบรวมข้อมูล ความผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ การตัดสินใจ การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ตารางที่ 2.1)² การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จะไม่สามารถกระทำได้ หากผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในภาวะเพ้อ (delirium) หรือมีโรคทางจิตเวชบางชนิด เช่น โรคซึมเศร้า (depression) โรควิตกกังวลรุนแรง ควรพิจารณาแยกภาวะดังกล่าวก่อนวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (ตารางที่ 2.1-2.2)² หากไม่แน่ใจในการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว แนะนำส่งพบผู้เชี่ยวชาญประเมินก่อนให้การวินิจฉัยทุกครั้ง

ตารางที่ 2.1 หัวข้อของการซักประวัติและตรวจร่างกายที่แนะนำ

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
1. การรู้ตัวว่ามีความจำผิดปกติ (cognitive impairment)	- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี - ผู้ป่วย mild cognitive impairment ส่วนใหญ่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี - ผู้ป่วย pseudo-dementia ส่วนใหญ่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี ร่วมกับมี depressive symptoms
2. อาการวุ่นวายสับสน (mental confusion)	ถ้ามีอาการ fluctuation เป็นกลุ่ม delirium (ดูตารางที่ 2.2) เช่น encephalopathy เป็นต้น หรืออาจเกิดร่วมกับผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อม (dementia) อยู่เดิม ซึ่งต้องหาสาเหตุต่อไป
3. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (onset)	ถ้าเป็นทันทีหรือเร็ว นึกถึง subdural hematoma (SDH), CNS infection, hydrocephalus เป็นต้น
4. ลักษณะการดำเนินโรค (course)	- ถ้าการดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) นึกถึง potentially reversible dementia - ถ้าการดำเนินโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไป (เดือนหรือปี) นึกถึง neurodegenerative disease
5. ระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration)	- ผู้ป่วยกลุ่ม potentially reversible dementia ระยะเวลาที่เป็นโรคมักจะไม่เกิน 6 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม neurodegeneration disease ส่วนมาก ระยะเวลาที่เป็นมักนานกว่า 6 เดือน
6. ความผิดปกติของ ADL - หน้าที่และงานประจำ (instrumental) - กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic)	การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติการกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจับจ่ายซื้อของ การทำอาหาร การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย จะเสียในระยะท้ายๆ ของโรค
7. ประวัติการใช้ยา (drugs) และสาร (substances) อื่นๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ dementia ได้ ซึ่งเป็น potentially reversible type เช่น tranquilizers, hypnotics,

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
	sedatives, anticholinergic, antihistamine รวมทั้ง toxic substance เช่น alcohol เป็นต้น
8.ประวัติในครอบครัว	ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (early onset Alzheimer's disease)

ตารางที่ 2.2 ตารางแยกภาวะสมองเสื่อมจากภาวะเพ้อและโรคซึมเศร้า

Feature	Delirium	Dementia	Depression
Awareness	ลดลง	ดี	ดี
Alertness	เปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในแต่ละวัน บางครั้งง่วงซึม บางครั้งตื่นดี	โดยทั่วไปปกติ	ปกติ
Attention	เสีย	โดยทั่วไปปกติ	เสียเพียงเล็กน้อย
Orientation	โดยทั่วไปจะเสีย	อาจจะเสีย	เสียบางส่วน
Memory	เสียทั้ง immediate และ recent	ระยะแรกเสียเฉพาะ recent	เสียความจำบางส่วน (selective or patchy impairment)
Thinking	Disorganized, Distorted, fragmented, slow หรือ accelerated	คิด abstract ได้ยาก ตัดสินใจเลวลง คิดหาคำพูดลำบาก	ปกติดี แต่จะมีความคิดท้อแท้สิ้นหวัง หดหนทาง
Perception	Illusion, delusion และ hallucination	ระยะแรกมักจะปกติดี ยกเว้น dementia with Lewy bodies	ปกติ แต่ถ้าเป็นรุนแรง มักจะมี delusion, hallucination ได้
Onset	acute หรือ subacute ขึ้นอยู่กับสาเหตุ	chronic มักค่อยเป็นค่อยไป	สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนไป มักเกิดขึ้นเร็ว
Course	เป็นไม่นาน อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน (diurnal fluctuation) มักเป็นมากในช่วงมืดค่ำ	เป็นนาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ	อาการจะเป็นมากขึ้นและน้อยลงในช่วงเวลาของวัน โดยมากมักจะเป็นมากเวลาเช้า
Progression	เร็ว	ช้า	ไม่แน่นอน บางครั้งเร็ว บางครั้งช้า
Duration	เป็นชั่วโมงและมักไม่เกิน 1 เดือน	เป็นเดือนถึงเป็นปี	เป็นอย่างน้อย 2 สัปดาห์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจุดประสงค์หลักเพื่อหาสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายได้ (reversible dementia) จุดประสงค์รอง คือ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคของภาวะสมองเสื่อม การตรวจวินิจฉัยจะแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลักๆ คือ

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป เช่น Complete blood count (CBC), Electrolytes, Thyroid function test (TFT), Renal function test (BUN, Cr), Liver function test (LFT), VDRL
2. การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เช่น B₁₂ level, Anti-HIV, ภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ
3. การตรวจภาพสมองทางรังสีวิทยา เช่น CT, MRI brain เป็นต้น
4. การตรวจทางจิตวิทยา เช่น TMSE, MoCA เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

จากการซักประวัติโดยละเอียด การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ที่ไม่ใช่ neurodegenerative disease ซึ่งหากพบโรคหรือภาวะอื่นใดที่สามารถรักษาแก้ไขได้ ให้รักษาโรคหรือภาวะนั้นให้ดีขึ้น แล้วจึงประเมินใหม่อีกครั้ง หลังจากการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวทั้งหมดแล้วไม่พบสาเหตุใดที่อธิบายความถดถอยของสมองได้ ให้คิดถึงภาวะ neurodegenerative disease โดยจะถือว่าผู้ป่วยมีโรคสมองเสื่อมก็ต่อเมื่อความผิดปกติ นั้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ ประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือมีปัญหาในการเข้าสังคม

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม เริ่มด้วยการรักษาตามสาเหตุ ในกรณีที่มีสาเหตุที่รักษาได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากภาวะการเสื่อมของสมอง (neurodegenerative conditions) การรักษาเน้นการดูแลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยการดูแลแบบไม่ใช้ยา และฝึกสมอง ร่วมกับการดูแลโดยการให้ยา ควรให้การดูแลร่วมกันทั้ง 2 แบบ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชะลอการเสื่อม หรือการเข้าสู่ภาวะติดเตียงให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ลดภาระการดูแลให้ผู้ดูแล

การจัดการดูแลภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา²

1. การดูแลทั่วไป (general management)

การวางแผนการดูแลขึ้นกับความรุนแรงของโรค ความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนของผู้ป่วย และความร่วมมือของผู้ดูแล

1.1 กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living: ADL)

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะลดลงไปตามความรุนแรงของโรค สิ่งที่สำคัญคือผู้ดูแลควรถือหลักให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถผู้ป่วยสามารถทำได้ก่อน หลักปฏิบัติในการจัดการด้านกิจกรรมประจำวัน มีดังนี้

- วางแผนว่าผู้ดูแลต้องช่วยผู้ป่วยกิจกรรมใดบ้างที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไรด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน หลีกเลี่ยงการออกคำสั่งหรือการใช้เสียงดัง
- คำถามควรเป็นแบบให้เป็นตัวเลือก ประมาณ 2-3 ตัวเลือก หลีกเลี่ยงคำถามปลายเปิด
- ผู้ดูแลควรสร้างบรรยากาศที่สนุกสนาน และควรให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ เสร็จ
- จัดอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคย ไม่สลับซับซ้อน เช่น คงตำแหน่งโต๊ะ เก้าอี้
- เตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกในการใส่ ถอด โดยเตรียมเสื้อผ้าให้ใส่เป็นลำดับเหมือนเดิมทุกครั้ง
- ไม่จำกัดการเคลื่อนไหวและการเดินของผู้ป่วย โดยเลือกสถานที่ให้เหมาะสม หากผู้ป่วยไม่สามารถยืน เดินได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง

1.2 สิ่งแวดล้อมและแนวทางการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม มีหลักการในภาพรวมดังต่อไปนี้

- แสงสว่างเพียงพอ
- เสียงนอน เก้าอี้ โถส้วมมีความสูงพอเหมาะ มีความมั่นคง ไม่ควรมีล้อ
- ควรให้ผู้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้าน ทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอดและขึ้นบันไดสม่ำเสมอ

- พื้นห้องสม่ำเสมอและไม่ลื่น จุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ระดับเดียวกัน ไม่ควรมีสันของเกะกะ
- ห้องน้ำควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก พื้นไม่ลื่น มีราวสำหรับจับยึด ไม่มีขั้นหรือ ธรณีประตู
- ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ในระยะที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลางไม่ควรย้ายเฟอร์นิเจอร์หลักหรือย้ายที่อยู่อาศัย แนะนำให้ใช้เฟอร์นิเจอร์และของใช้ที่บ่งบอกตัวผู้ป่วยหรือความหลัง หากเป็นไปได้เช่น รูปที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ภาพบุคคลที่เป็นที่รัก ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

1.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (physical rehabilitation)

ตารางที่ 2.3 การฟื้นฟูด้านกายภาพ

การปฏิบัติ / การประเมิน	วัตถุประสงค์/เครื่องมือที่ใช้
การประเมินความชอบและความพึงพอใจเฉพาะบุคคล	เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมในทางสร้างสรรค์
การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	เพื่อให้ทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเอง และจึงวางแผนการฟื้นฟู และตั้งเป้าหมายการดูแลให้เหมาะสม
การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การฟื้นฟู
การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เพื่อคงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้เองให้คงอยู่นานที่สุดและฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บกพร่อง หรือในกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องการ
การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว	เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถทางกายภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดในการช่วยเหลือตนเอง
การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ในการช่วยเหลือตนเอง

2. การดูแลในกรณีที่มีความบกพร่องของปรีชา (management of cognitive impairment)

2.1 หลักการทั่วไป

เลือกรูปการรักษาแบบให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคและขีดความสามารถในการเรียนรู้ในขณะนั้น

การรักษาจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย (ตารางที่ 2.4) ไม่ควรใช้วิธีการรักษาที่ 1-3 ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง (บทที่3)

ตารางที่ 2.4 รูปแบบการรักษา

การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
1. การรักษาที่เน้น cognition (cognition-oriented) 1.1 Cognitive training : reality orientation อาจทำได้เป็นหลายรูปแบบโดย ● ใช้เหตุการณ์ประจำวัน เช่น ข่าว รายการทีวี เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ● เป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว ● ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วยด้วยการพูดคุย ซักถามที่เหมาะสม ขณะที่ทำกิจกรรม เช่น การฝึกทำกิจกรรม การอ่านหนังสือ การเล่นเกม	เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น
1.2 Memory training ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำที่ยังใช้ได้ โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่น การฝึกจำหน้าคน เล่นเกมหลับตาทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ร้องเพลง สวดมนต์ ข้อควรระวัง การฝึกมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น พึงพาผู้ดูแลมากขึ้น อาจทำให้ซึมเศร้าได้	เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำ เช่น การทำกิจกรรมฝึกความจำ ให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มักใช้ได้ในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก มีการได้ยินปกติ และสายตาดี
1.3 Skill training โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ง่าย ๆ เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การเดินรำ การแต่งตัว	● เพื่อรักษาระดับความรู้ความสามารถให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด ● เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้

การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
2. การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) 2.1 Reminiscence therapy เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจทำเป็นกลุ่ม ควรจะมีญาติร่วมด้วย โดยใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย	นำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น
3. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) การรักษากิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น ● การเล่นเกม/เกมคอมพิวเตอร์/เกมไฟฟ์/เกมกระดาน เช่น หมากรุก ● การทำงานฝีมือ ● ศิลปะบำบัด (art therapy) เช่น เต้นรำ วาดรูป ● ดนตรีบำบัด (music therapy) ● multimodal หรือ multi-modal activation therapy ซึ่งประกอบด้วย motor stimulation, activity daily living และ cognitive stimulation ● การเขียนบันทึกประจำวัน	ช่วยทำให้ cognition บทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น
4. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เช่น ● ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะ หรือถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง ● เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว	● เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือตัวกระตุ้น ● เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบ ● เพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนปัสสาวะรด เป็นต้น

การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
5. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เมื่อผู้ดูแลมี สุขภาพกาย จิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น ● การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ● การทำกลุ่มศึกษา (group psychoeducation) ● ให้กำลังใจ (emotional support) ให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราวโดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาล (respite care)	เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน

2.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management)²

การรักษาโดยใช้ยา ประกอบด้วยการใช้ยากลุ่ม cholinesterase inhibitor และ NMDA receptor antagonist ซึ่งปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาว่าสามารถชะลอการดำเนินโรคสมองเสื่อมบางชนิดได้ ดังตารางที่ 2.5, 2.6, 2.7

ตารางที่ 2.5 pharmacological treatment of dementia*

โรงพยาบาลที่รักษาได้	ยา	ขนาดเมื่อเริ่มยาและวิธีการปรับยา	ขนาดยาสูงสุด	ระยะเวลาปรับเพิ่มยา	ข้อควรระวัง
ตติยภูมิ A/S/M1/F1 (ที่มีประสาทแพทย์หรือจิตแพทย์อยู่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Donepezil	5 mg od อาจเพิ่มเป็น 10 mg od	10 mg od	4 – 6 สัปดาห์	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน ควรให้รับประทานตอนเช้าเพื่อลดการนอนไม่หลับ
ตติยภูมิ A/S/M1/F1 (ที่มีประสาทแพทย์หรือจิตแพทย์อยู่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Rivastigmine	1.5 mg bid อาจจะเพิ่มครึ่งละ 1.5 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด	6.0 mg bid	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด ซึ่งการปรับขนาดยาอย่างช้าๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้

โรงพยาบาล ที่รักษาได้	ยา	ขนาดเมื่อเริ่ม ยาและวิธีการ ปรับยา	ขนาด ยาสูงสุด	ระยะเวลา ปรับเพิ่ม ยา	ข้อควรระวัง
		แผ่นแปะ ผิวหนังเริ่ม จากขนาด 4.6mg (5 cm ²) od	9.5 mg (10cm ²) od	4 สัปดาห์	ร้อยละ 10-20 อาจพบปฏิกิริยาที่ ผิวหนัง
ตติยภูมิ A/S/M1/F1 (ที่มีประสาทแพทย์หรือ จิตแพทย์อยู่ที่สามารถ ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตาม มาตรฐานที่กำหนดได้)	Galantamine PR	8 mg od	16 mg od	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด
ตติยภูมิ A/S/M1/F1 (ที่มีประสาทแพทย์หรือ จิตแพทย์อยู่ที่สามารถ ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตาม มาตรฐานที่กำหนดได้)	Memantine	5 mg od และเพิ่ม 5 mg ทุก สัปดาห์จนถึง ขนาดสูงสุด อาจใช้ ร่วมกับ acetyl choline esterase inhibitor	10 mg bid	1 สัปดาห์	ใช้เฉพาะผู้ป่วย สมองเสื่อมระยะ ปานกลางถึง รุนแรง

หมายเหตุ o.d. หมายถึง omni die , b.i.d. หมายถึง Bis in die

ตารางที่ 2.6 ผลของยาต่อ cognitive outcome ทางคลินิก²

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine	Memantine	Ginkgo biloba	Nicergoline ^{A*}	Citicholine/ Cerebrolysin/ Piracetam
Alzheimer's disease (AD)*	ดี	ดี	ดี	ดี(moderate to severe)	ไม่ได้ผล	ข้อมูลไม่ชัดเจน	ข้อมูลไม่ชัดเจน
Vascular dementia (VaD)**	ดี	พอใช้	ดี	ดี	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูลไม่ชัดเจน	ข้อมูลไม่ชัดเจน
Alzheimer's disease with cerebrovascular disease***	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ดี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูลไม่ชัดเจน	ข้อมูลไม่ชัดเจน
Parkinson's disease(PDD)/ Dementia with Lewy bodies****	ไม่ได้ผล	ดี	ไม่ได้ผล	พอใช้	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูลไม่ชัดเจน

* Cochrane Database Syst Rev 2006. Jan 25(1):CD005593

** Lancet Neurology 2007;6:782-92 (Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials)

*** Lancet 2002; Apr 13;359:1283-90

**** Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD003672

ตารางที่ 2.7 ข้อควรระวังในการใช้ cholinesterase inhibitors (ChEIs) ร่วมกับยากลุ่มอื่น²

กลุ่มยา	ตัวยา	ปฏิกิริยาหรือข้อเสียที่เกิดขึ้น
ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic	Sedating antihistamines เช่น chlorpheniramine, brompheniramine, dimenhydrinate, antispasmodics, tricyclic antidepressants, benztropine, trihexyphenidyl, orphenadrine	ขัดขวางการจับของ Ach กับ muscarinic receptor ทำให้ลดประโยชน์จากการใช้ยา ChEIs และอาจทำให้เกิดอาการสับสนหรือเพ้อ (delirium)
Cholinergic drug	Urecholine	เกิด cholinergic overdose ทำให้หัวใจเต้นช้า และปวดท้อง
Antiarrhythmic drug	β -blockers, verapamil, diltiazem, digoxin	ทำให้เกิด bradycardia
Hepatic enzyme inducer ต่อ	Carbamazepine, phenytoin, rifampin, dexamethasone	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine ลดลง

กลุ่มยา	ตัวยา	ปฏิกิริยาหรือข้อเสียที่เกิดขึ้น
CYP2D6 และ CYP3A4*		
Hepatic enzyme inhibitor ● CYP2D6 ● CYP3A4	● Fluoxetine, paroxetine, duloxetine, quinidine ● Fluoxetine, fluvoxamine, erythromycin, clarithromycin, ketoconazole, itraconazole, verapamil, diltiazem, ritonavir, atazanavir	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine เพิ่มขึ้น

ChEIs ได้แก่ donepezil, rivastigmine, galantamine

หลักการใช้ยา ChEIs

1. จากหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ายานในกลุ่ม ChEIs มีประสิทธิภาพ (efficacy) ในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ขั้นอ่อนถึงรุนแรง แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

2. ภายหลังจากที่ได้รับยาในขนาดที่แนะนำไปและยาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว (ประมาณ 2-3 เดือนหลังได้รับยา) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือตอบสนองได้ไม่ดีเท่าที่ควร สามารถเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นในกลุ่มนี้ได้ทันทีภายหลังหยุดยาตัวเดิมโดยไม่จำเป็นต้องมี washout period การที่ใช้ยาตัวใด ตัวหนึ่งในกลุ่มนี้แล้วไม่ได้ผลและให้เปลี่ยนไปใช้อีกตัวหนึ่งได้ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันในด้านกลไกการออกฤทธิ์

3. ยังไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีโรคร่วม เช่น multiple sclerosis, HIV, chronic epilepsy

*donepezil และ galantamine จะถูกกำจัดทางตับโดย CYP2D6 และ CYP3A4

หลักการใช้อยากลุ่มอื่น

- วิตามินอี 2,000 IU มีข้อมูลว่าช่วยชะลอการรับไว้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินของโรคเข้าสู่ขั้นรุนแรง รวมทั้งชะลอการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่มีโอกาสมเพิ่มอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ถ้าได้รับขนาดมากกว่า 400 IU./day

- cognitive enhancers และ neuroprotective agents เช่น nicergoline, piracetam, cerebrolysin เป็นต้น ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจนในการใช้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตารางที่ 2.8 pharmacological management of modifiable risk factors of dementia

โรคหรือภาวะ	หลักฐาน	การรักษา
โรคหลอดเลือดสมอง	PC : การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด VaD	ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ⁷
โรคความดันเลือดสูง	PC : การมีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิด VaD NC : ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษา มีความเสี่ยงของการเกิด VaD น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา	ตามมาตรฐานการรักษาความดันโลหิตสูง ⁸
โรคเบาหวาน	PC : โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิด VaD NC : ไม่มีหลักฐานการควบคุมภาวะเบาหวาน มีผลดีต่อ cognitive function	ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ⁷ และรักษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบร่วมกับภาวะเบาหวาน
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	PC : ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VaD NC : ยังไม่มีหลักฐานว่าการใช้ยาลดไขมันสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ตามแนวทางการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดสูง ⁷
ภาวะไขมันในเลือดสูง	PC : ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VaD NC : ไม่มีหลักฐานว่าการให้ยาลดไขมันจะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ตามแนวทางการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดสูง ⁷
ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ตามการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจทั่วไป

โรคหรือภาวะ	หลักฐาน	การรักษา
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation)	PC : การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ atrial fibrillation มีความสัมพันธ์กับการเกิด VaD ^{11,12} NC : พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความจำดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา แต่ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย	ตามมาตรฐานการรักษาภาวะ non valvular atrial fibrillation ⁷

PC = positive correlation, NC = negative correlation

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. DSM-5. <http://www.psychiatry.org/dsm5>
2. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม สำหรับแพทย์ พ.ศ. 2557. World Health Organization 2012. Dementia: a public health priority. United Kingdom
3. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2011;7(3):270-9.
4. William Thies PD, and Laura Bleiler. 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(2):208-45.
5. วันดี โภคะกุล, จิตนภา วาณิชวโรตม์. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 พ.ศ.2561 ISBN : 978-974-422-671-6.
7. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI)

บทที่ 3

การจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต หรือ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) คือ อาการของความผิดปกติด้านการรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม¹

โดยแบ่งเป็นอาการหลัก 2 ด้าน ดังนี้

1. **อาการด้านพฤติกรรม** ซึ่งสามารถสังเกตจากการแสดงออกของผู้ป่วย โดยอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

- 1.1 อาการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายและหาทางออกนอกบ้าน (wandering) เป็นอาการที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุด อาการหนึ่ง พบสาเหตุเนื่องจากความผิดปกติในการรับรู้สถานที่ ความเบื่อหน่าย และความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดอาการนี้

- 1.2 อาการกระวนกระวาย/ก้าวร้าว (agitation/aggression) คือ อาการที่มีการพูด หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น อาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ทางจิตใจ และสิ่งแวดล้อมรบกวน ร่วมกับบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย โดยถ้ารุนแรงในลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว พบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์ ทางสังคมกับผู้อื่นไม่ดี นอกจากนี้พฤติกรรมกระวนกระวาย และก้าวร้าว มักจะเกิดร่วมกันกับภาวะซึมเศร้าและอาการ ทางจิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาในโรงพยาบาล²

2. **อาการทางด้านจิตใจ** ซึ่งการประเมินจะได้ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล โดยอาการที่พบบ่อย ดังนี้

- 2.1 ความผิดปกติทางจิต (psychotic symptoms) มีรายงานพบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 41 โดยพบว่าร้อยละ 36 มีอาการหลงผิด (delusion) และ ร้อยละ 18 มีอาการประสาทหลอน (hallucination)³

- 2.1.1 อาการหลงผิด ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คืออาการหลงผิดว่ามีผู้อื่นคิดไม่ดี วางแผนทำร้ายตนเองหรือบุคคลที่รัก (persecutory delusion) นอกจากนี้ยังมีอาการหลงผิดที่พบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงผิดว่าคนขโมยสิ่งของ หลงผิดว่าบ้านไม่ใช่บ้านของตนเอง หลงผิดว่าคู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่นปลอมตัวมา หลงผิดว่าถูกทอดทิ้ง และ หลงผิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์ มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งความคิดหลงผิดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

2.1.2 อาการประสาทหลอน พบว่าอาการภาพหลอนพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมระยะกลาง คือมีอาการเห็นคนอยู่ในบ้านโดยที่ในความเป็นจริงไม่มี ซึ่งอาการนี้จำเป็นต้องประเมินว่าเป็นปัญหาเรื่องการรับรู้ทางสายตาของผู้ป่วยด้วยหรือไม่ เช่น บางคนอาจจะเกิดจากสายตาพร่ามัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แสงไม่เพียงพอ ทำให้เห็นภาพผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ก่อน นอกจากนี้ยังมีอาการหูแว่วที่อาจพบได้ด้วย ซึ่งควรจะมีการประเมินเรื่องการรับรู้ทางหูด้วยเช่นกัน²

2.2 อาการด้านอารมณ์

2.2.1 ภาวะซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 40-50 ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) พบได้น้อยกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัย (subsyndromal depression) โดยผู้ที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามักก่อนจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะนี้อาจมีความลำบากเนื่องจากความบกพร่องในการใช้ภาษาหรือการสื่อสาร และหลายอาการอาจจะพบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่แล้ว เช่น อาการเฉา (apathy) น้ำหนักลด การนอนหลับผิดปกติ และอาการกระวนกระวาย

ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีประวัติดังต่อไปนี้ ควรมีการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าด้วย

- มีอาการพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างรวดเร็วที่อธิบายด้วยสาเหตุอื่นไม่ได้
- มีอารมณ์เศร้าและรู้สึกไม่มีความสุขอย่างต่อเนื่อง
- คนในครอบครัวสงสัยว่ามีอาการซึมเศร้า
- มีความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และอยากตาย
- มีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวหรือตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ก่อนที่จะป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม
- มีอาการด้านปริชาณปัญญา (cognition) เสื่อมถอยอย่างรวดเร็ว⁴

2.2.2 อาการเฉา (apathy) เป็นอาการที่พบบ่อยกว่าร้อยละ 50 ในช่วงแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อมและอาจมีอาการมากขึ้นเมื่อเป็นโรคสมองเสื่อมระยะรุนแรง⁵ โดยอาการนี้ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเสื่อมถอยลง และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่แสดงออกทางสีหน้า หรือตอบสนองด้านอารมณ์ รวมถึงไม่สามารถริเริ่มทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยอาการนี้อาจจะทำให้เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยมีอาการร่วม คือ ความสนใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง อย่างไรก็ตามอาการเฉา จะไม่พบอารมณ์เศร้า

เพื่ออาหาร นอนไม่หลับเหมือนโรคซึมเศร้า การแยกอาการเฉยชาออกจากโรคซึมเศร้า เพื่อประโยชน์ในการรักษา เนื่องจากโรคซึมเศร้าสามารถเข้าด้านเศร้าในการรักษาแต่ อาการเฉยชาอาจจะได้ผลจากการรักษาด้วยการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีกิจกรรม⁶

2.2.3 ภาวะวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 16⁷ อาจจะเป็นความกังวลในเรื่องการเงิน อนาคต และสุขภาพ หรือที่พบบ่อยเป็นการถามซ้ำๆ ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น แพทย์นัดตรวจเมื่อใด โดยพฤติกรรมนี้อาจเป็นผลมาจากความจำที่บกพร่องไป นอกจากนี้ภาวะวิตกกังวลยังแสดงออกเป็นความกลัว เช่น กลัวถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว เวลาญาติอยู่อีกที่หนึ่ง หรือกลัวการทํากิจกรรมบางอย่าง เช่น กลัวการอาบน้ำโดยไม่สมเหตุผล

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล หรือญาติ การดูแลรักษาภาวะนี้จะช่วยทำให้ลดความทุกข์ใจของครอบครัวได้ จึงควรมีตรวจประเมินดูแลรักษาตั้งแต่เบื้องต้น โดยเฉพาะอารมณ์ซึมเศร้าจากภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ถ้าปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลได้ดังนี้

- จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการ
- เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลลดลง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น
- ญาติผู้ดูแลมีภาวะความเครียดอย่างชัดเจน²

สาเหตุการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต

ในปัจจุบันพบปัจจัยที่ส่งผลดังนี้

1. กรรมพันธุ์

การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมบางชนิด เช่น โรคอัลไซเมอร์ที่พบได้ในผู้ที่มีอายุน้อย รวมถึงการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมก็พบว่ามี ความสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ โดยมีรายงานพบการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคนี้ที่เป็นพี่น้องกัน⁸ หรือผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าก็พบว่ามีการปัญหาพฤติกรรมเมื่อป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติ⁹

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสารสื่อประสาทและพยาธิสภาพทางสมอง

มีการเปลี่ยนแปลงด้านสารสื่อประสาทที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม เช่น โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และ

กลูตาเมท (glutamate)^{10,11} และด้านพยาธิสภาพทางสมอง พบการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดในสมองส่วนต่างๆ สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น การไหลเวียนเลือดน้อยกว่าปกติ (hypoperfusion) ที่บริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และสมองกลีบขมับ (temporal lobe) สัมพันธ์กับอาการทางจิตและซึมเศร้าจากการตรวจทางรังสีวิทยา¹²

3. การปรับตัวทางด้านจิตใจ

มีทฤษฎีทางด้านจิตใจที่อธิบายสาเหตุปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยดังนี้

3.1 เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านปริชาณปัญญา โดยทั่วไปจะส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับความเครียดของผู้ป่วยลดลงเป็นทฤษฎีที่เรียกว่า stress threshold model คือผู้ป่วยจะมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมเมื่อระดับความเครียดสูงเกินไป การทำให้ความเครียดลดลงด้วยการผ่อนคลายอาจจะช่วยส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น¹³

ปัจจัยทางร่างกายอื่นๆ ที่ส่งผลทำให้เพิ่มความเครียดของผู้ป่วยและทำให้ปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้นคือ

- ความสามารถในการมองเห็นและได้ยินเสียงลดลง
- การขาดความสามารถในการพูดสื่อสารได้ตามปกติ
- ความเจ็บปวดหรือไม่สบายทางร่างกาย
- การไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ตามปกติ
- การเคลื่อนไหวถูกจำกัดจากสภาพร่างกาย เช่น เดินไปมาได้ลำบาก

การดูแลรักษาอาการทางร่างกายเหล่านี้จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้²

3.2 หลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) พฤติกรรมใดๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับความใส่ใจจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมนั้นซ้ำได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับความสนใจจากผู้ดูแลเวลาที่ร้องเสียงดัง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ แต่ถ้าในทางกลับกันเวลาที่ผู้ป่วยเงียบเสียง อยู่ในความสงบได้ แล้วได้รับความใส่ใจจากผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะสงบมากขึ้น ร้องเสียงดังน้อยลงได้เช่นกัน¹⁴

3.3 ตามทฤษฎีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs theory) พบว่าโดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการในการทำกิจกรรมที่มีความหมาย ได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถสื่อความต้องการโดยตรง การที่ผู้ดูแลใส่ใจที่จะตอบสนองสิ่งเหล่านี้ให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอาจจะช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรมได้¹⁵ ประกอบกับถ้าผู้ป่วยมีปัญหามุคลิกภาพหรือการปรับตัวอยู่เดิม ความเจ็บป่วยทางสมองจะทำให้เกิด

ความไม่มั่นใจในตัวเอง ความภาคภูมิใจในตัวเองลดลง มีความเสี่ยงเกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมถดถอย (regression) มากกว่าผู้ที่มีการปรับตัวเป็นปกติมาก่อน^{16,17}

4. สังคมและสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะไวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การย้ายที่อยู่ใหม่อาจกระตุ้นอารมณ์ซึมเศร้า กระวนกระวาย และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น มีการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยหลายคนมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น และสับสนเรื่องสถานที่หลังจากมีการเปลี่ยนที่อยู่ในเวลา 3 เดือน โดยเฉพาะผู้ที่ปัญหาปรีชาปัญญาบกพร่องระดับปานกลาง¹⁸ ซึ่งพบว่าความเครียดของผู้ป่วยจะส่งผลต่อฮอริโมนและสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่เกี่ยวข้องกับความจำ ทำให้ความเสื่อมของสมองมากขึ้นด้วย นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่มีผลรบกวนโดยทั่วไปก็มีผลกระทบกระตุ้นพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้ เช่น เสียงดัง อากาศร้อนหรือหนาวเกินไป เป็นต้น¹⁷ ในทางตรงกันข้ามสิ่งแวดล้อมที่ดีมีกิจกรรมที่กระตุ้นปรีชาปัญญาของผู้ป่วยได้เหมาะสมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่ช่วยทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁹

ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ถ้าพื้นฐานความสัมพันธ์ไม่ดีอยู่เดิม ผู้ดูแลอาจจะแปลพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยว่าเป็นการตั้งใจเรียกร้องความสนใจทำให้ผู้ดูแลโกรธแล้วทำให้สถานการณ์แย่ลง ผู้ป่วยเองอาจมีอาการหลงผิด ระแวง และก้าวร้าวเพิ่มขึ้นได้²⁰ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยอาจช่วยลดปัญหานี้ได้ มีการวิจัยที่มีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหากระวนกระวายและวิตกกังวลในรูปแบบที่มีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ดูแล ในช่วงเวลา 3 เดือนพบว่าทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น²¹

อย่างไรก็ตามการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต มักพบว่ามีหลายปัจจัยร่วมกันทางด้านกายภาพและจิตใจ การดูแลรักษาจึงเป็นในรูปแบบผสมผสานด้วยการปรับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้ยาในกรณีที่จำเป็น

แนวทางการดูแลปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต

ถ้าพบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต โดยที่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต หรือเป็นโรคจิตเวชโดยตรง เช่น โรคซึมเศร้า ซึ่งอาจทำให้มีอาการหลงลืมคล้ายกับคนเป็นโรคสมองเสื่อมแต่เกิดจากอาการซึมเศร้าที่ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีสมาธิ ทำให้หลงลืมได้ง่าย ร่วมกับมีอาการอื่น เช่น วิตกกังวล หงุดหงิดร่วมด้วยได้

เมื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตต้องประเมินแยกภาวะสับสน (delirium) ที่เกิดฉับพลันจากปัญหาโรคทางกายที่พบบ่อย เช่น การติดเชื้อในร่างกาย สารเกลือแร่ผิดปกติ (electrolyte imbalance) หรือ ผลข้างเคียงจากยา สารเสพติดต่าง ๆ เพื่อให้การรักษาสาเหตุก่อน²²

หลังจากนั้นให้ประเมินอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยมีหลักการดังนี้

- ระบุปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น ร้องเสียงดัง หรือ ตีผู้ดูแล เมื่อถูกรบกวน จะเห็นภาพปัญหาพฤติกรรมได้มากกว่าใช้คำกว้างๆ ว่า กระวนกระวาย
- ถามอาการให้ครอบคลุมทั้งอาการด้านพฤติกรรมและจิตใจ เมื่อได้ทราบอาการทั้งหมดแล้ว ให้ดูว่าอาการใดมีผลรบกวนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมากที่สุด เพื่อดำเนินการดูแลรักษา
- ระบุปัจจัยที่กระตุ้นอาการ และ อะไรที่ทำให้ปัญหาพฤติกรรมดีขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ดูแลอาจจะรู้สึกว่าการปัญหานั้นอยู่ๆ ก็เกิดขึ้นเอง การสังเกตว่ามีอะไรที่เกิดขึ้นก่อนหน้าที่จะมีปัญหาพฤติกรรมจะช่วยให้ดูแลป้องกันการเกิดปัญหานั้นได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหงุดหงิด ร้องเสียงดังช่วงกลางวัน หลังจากที่ถูกผู้ดูแลให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์ไปเรื่อยๆ พอญาติสังเกตว่ามีรายการข่าวที่ทำให้ผู้ป่วยมีสีหน้าหงุดหงิด จึงให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ชอบแทนการดูโทรทัศน์ช่วงที่มีรายการข่าว หลังจากนั้นอาการหงุดหงิด ร้องเสียงดังก็ดีขึ้น ดังนั้นในการหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการควรจะมีข้อมูล ดังนี้
 - ปัญหาพฤติกรรมนั้นคืออะไร
 - เมื่อไร ที่ไหน และ กับใคร ขณะที่เกิดพฤติกรรมนั้น
 - ระยะเวลาที่เกิดปัญหายาวนานเท่าใด
 - ผลกระทบเกิดขึ้นกับใครบ้าง เช่น ผู้ดูแล หรือญาติคนอื่น
 - อะไรที่ทำให้อาการดีขึ้น หรือแย่ลง

เมื่อพบปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ การดูแลปัญหาทางร่างกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับพื้นฐานของผู้ป่วย ทั้งด้านความสนใจ และความสามารถที่มีอยู่มีส่วนสำคัญ เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการของผู้ป่วย ส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตัวเองตามความสามารถได้มากที่สุดโดยมีความปลอดภัยร่วมกัน

อย่างไรก็ตามในการหาวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นอาจจะใช้เวลา และหวังผลการเปลี่ยนแปลงให้รวดเร็วได้ยาก การประเมินผลสิ่งที่ทำไปแล้ว และค่อยๆ ปรับเปลี่ยนให้

เข้ากับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ถึงจุดหนึ่งการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมอาจจะไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายจากพฤติกรรมนั้น แต่ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้เข้ากับพฤติกรรมนั้นได้ก็ถือว่าเป็นความสำเร็จด้านหนึ่งของการแก้ไขปัญหานี้¹⁴

ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นหลักการหนึ่งของการรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการรักษาที่ควรจะทำเป็นอันดับแรก เพราะมีความปลอดภัย และปรับใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ ดังจะกล่าวถึงต่อไป

การดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยา

1.1 ความเข้าใจปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ในแง่มุมต่าง ๆ

- ตามที่ได้กล่าวถึงทฤษฎีทางด้านจิตใจที่อธิบายสาเหตุปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และทฤษฎีความสามารถในการปรับตัวกับความเครียดของผู้ป่วยลดลง ทำให้การรักษาทางด้านจิตใจจะเน้นให้มีการดูแลครอบคลุม 3 ทฤษฎีนี้ ตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยดนตรีบำบัด ในสถานดูแลผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย โดย

- ทำให้ผู้ป่วยได้รับความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ในสถานดูแล และส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้
- ได้ตอบสนองความต้องการด้านการทำกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลิน สร้างสรรค์ สนุกสนาน ตามทฤษฎีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง
- ได้มีการกระตุ้นด้วยกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย ทำให้ความเครียดลดลงตามทฤษฎีความสามารถในการปรับตัวกับความเครียดของผู้ป่วยลดลง

- การปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพโดยทั่วไป คือ

- มีแสงสว่างเพียงพอ
- สิ่งแวดล้อมมีความสงบ ไม่มีเสียงที่ดังจนเกินไป
- มีพื้นที่ที่ให้ผู้ป่วยเดิน หรือทำกิจกรรมอย่างปลอดภัย
- จัดสิ่งแวดล้อมให้มีสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น เฟอร์นิเจอร์ หนังสือ รูปภาพ โดยมีหลักการ คือ

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้โดยมีความปลอดภัย
- กระตุ้นกิจกรรมที่มีความหมายและเข้าร่วมสังคมตามความเหมาะสม
- ให้ความมั่นใจผู้ป่วยว่าจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น

- เมื่อผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล สับสน หรือมีความรู้สึกท่วมท้น มีแนวทางในการดูแลเบื้องต้น ดังนี้

- ประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วย และป้องกันสาเหตุกระตุ้นไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยมากขึ้น
- ตอบสนองกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการอยู่ตรงหน้าผู้ป่วย พูดคุยด้วยในระดับสายตาที่ผู้ป่วยเห็นชัดเจน ด้วยท่าทางและน้ำเสียงที่อ่อนโยน
- หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลใจ และพูดกับผู้ป่วยถึงสาเหตุนั้น เท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ เช่น ความกังวลว่าจะต้องอยู่คนเดียว
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย
- ดึงความสนใจของผู้ป่วยโดยชวนทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสบายใจ หรือเปลี่ยนสถานที่จากที่ทำให้กังวล

- ดูแลความปลอดภัยในด้านต่างๆ ดังนี้

- จัดยารักษาโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ให้รับประทานอย่างถูกต้อง
- ถ้าผู้ป่วยมีโอกาสดินหลงทางเวลาออกนอกบ้าน ควรพกการ์ดหรือสิ่งของที่มีข้อมูลที่อยู่และโทรศัพท์ติดต่อญาติได้
- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงจะเกิดอันตรายได้ เช่น เตาแก๊ส หรือเครื่องใช้ไฟฟ้า ควรจะปิดหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยใช้

- ผู้ดูแลควรมีแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ถ้าไฟฟ้าดับในบ้าน ควรมีไฟฉายหรือไฟสำรองฉุกเฉินเตรียมไว้²

1.2 วิธีการดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา ที่เคยมีการศึกษาว่าช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรม

- กิจกรรมที่มีความหมาย ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ โดยควรเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำอยู่เดิม²³
- เสียงหรือภาพของบุคคลในครอบครัวสามารถทำให้เกิดความสงบผ่อนคลาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีงานวิจัยที่พบว่า การเปิดเสียงของญาติผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟังทางหูฟัง ประมาณ 15 นาที ช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความกระวนกระวายได้²⁴ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่เปรียบเทียบผลการเปิดเสียงญาติผู้ป่วย กับเสียงบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ที่พูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยความใส่ใจ เห็นใจ ร่วมกับการให้ทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย กระตุ้นประสาทสัมผัสในรูปแบบที่เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถของผู้ป่วย ก็ได้ผลช่วยลดการพูดเสียงดังของผู้ป่วย ได้เช่นเดียวกับการเปิดเสียงบุคคลในครอบครัว²⁵
- เสียงเพลง โดยทั่วไปเสียงเพลงทำให้เกิดความรู้สึกลึกด้านบวก และเป็นโอกาสที่ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ โดยมีงานวิจัยพบว่า
 - เสียงเพลงควรเป็นเพลงที่ผู้ป่วยชอบและสนใจอยู่เดิม จะดีกว่าเสียงเพลงที่ทำให้ผ่อนคลายโดยทั่วไป²⁶
 - การใช้เสียงธรรมชาติ เช่น เสียงคลื่น ลมพัด ช่วยลดพฤติกรรมร้องเสียงดังได้²⁷
 - การเล่นดนตรีแบบสดสด (live music) จะช่วยเพิ่มความตื่นตัว และมีส่วนร่วมมากกว่าเพลงที่บันทึกเสียงไว้²⁸
 - การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบในขณะที่อาบน้ำ จะช่วยลดการเกิดความก้าวร้าวทางคำพูด และการแสดงออกได้²⁹

1.3 กิจกรรมออกกำลังกาย มีงานวิจัยในสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่า การออกกำลังกายทุกวัน ครึ่งละ 30 นาทีช่วยให้อารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น กว่าทำให้ผู้ป่วยเดิน หรือทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นการพูดคุยกัน³⁰ การดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตแบบ ไม่ใช่ยาที่เป็นปัญหาเฉพาะ

- การหาทางออก ในกรณีที่ผู้ป่วยพยายามออกจากบ้าน หรือ สถานดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ได้นิ่งความปลอดภัยของตนเอง

- พบว่าการอำพรางประตูทางออก ด้วยการปิดไม่ให้เห็น ลูกบิดประตู หรือทำให้ผู้ป่วยไม่สังเกตว่าเป็นประตู ทางออก ช่วยลดการพยายามออกจากบ้านได้³¹ ทั้งนี้ พบว่าการที่ผู้ป่วยเห็นหรือรับรู้ว่ามีประตูล๊อคอยู่ จะทำให้ ผู้ป่วยพยายามออกจากประตุนั้น ดังนั้นจึงควรล๊อคประตู ให้น้อยเท่าที่จำเป็น เช่น ประตูที่ออกนอกบ้านแล้วจะเกิด อันตราย³²

- พฤติกรรมถามซ้ำๆ เช่น ลูกสาวของฉันจะกลับบ้านกี่โมง อาจทำให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้ มีวิธีตอบสนองผู้ป่วยที่ทำได้มีดังนี้

- เข้าใจถึงความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดคำถาม เช่น ความกลัวการถูกทอดทิ้ง และตอบสนองด้วยการทำให้ ผู้ป่วยมั่นใจในประเด็นนี้ เช่น “ลูกสาวโทรมาแจ้งว่าจะถึง บ้านช่วงเย็น เธอเป็นห่วงคุณมาก”
- ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะต้นหรือปานกลาง สามารถทำบัตรคำตอบของคำถามที่ผู้ป่วยถามบ่อยๆ ใส่ กระเป๋าแล้วให้ผู้ป่วยหยิบขึ้นมาอ่านเวลามีความสงสัย เกิดขึ้นได้
- ดึงความสนใจผู้ป่วยด้วยกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน หรือรู้สึกผ่อนคลาย²

- ปัญหาการนอน โดยเฉพาะวงจรการนอนที่ผิดปกติ พบร่วมกับภาวะ สมองเสื่อมได้ ทำให้การนอนไม่เพียงพอ และการใช้ยานอนหลับก็มี ข้อจำกัดในการใช้ ในเรื่องผลข้างเคียง และประสิทธิภาพ การปฏิบัติ ตามสุขลักษณะอนามัยที่ดีของการนอน (sleep hygiene) ช่วยทำ ให้วงจรการนอนกลับมาเป็นปกติได้ โดยมีหลักการดังนี้

- เข้านอนและตื่นให้ตรงเวลาสม่ำเสมอ
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน เช่น ไม่มีเสียงดังหรือแสงรบกวน
- กระตุ้นให้มีกิจกรรมระหว่างวัน เพื่อให้มีความตื่นตัว เช่น ออกกำลังกาย ลดการนอนช่วงกลางวัน ถ้าง่วงให้หลับหรือพักผ่อน 30 นาทีในช่วง 13-15 น.
- หลีกเลี่ยงอาหารมื้อหนัก การดื่มน้ำมาก หรือออกกำลังกายอย่างหนักในช่วงหัวค่ำ
- งดเครื่องดื่มหรือสารที่ฤทธิ์กระตุ้น เช่น ชา กาแฟ³³

2. การรักษาด้วยยา มีหลักการดังต่อไปนี้

- โดยทั่วไปการรักษาแบบไม่ใช้ยาจะพิจารณาเลือกใช้เป็นอันดับแรก ส่วนการใช้ยาจะพิจารณาใช้ เมื่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ยาด้วยการคำนึงถึงความปลอดภัย ร่วมกับการรักษาแบบไม่ใช้ยาควก่อนไป
- การใช้ยาเพื่อปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยทั่วไป จะใช้ขนาดยาต่ำกว่าคนหนุ่มสาว และต้องมีการปรับยาแต่ละบุคคลให้เหมาะสมกับโรคประจำตัว หรือยาตัวอื่นๆ ที่รับประทานเป็นประจำ
- ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการแจ้งถึงความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีการติดตามอาการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง โดยผลข้างเคียงที่ควรระวัง คือ
 - อาการง่วงซึมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการหกล้มแล้วเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาได้
 - อาการสับสน มึนงงจากการใช้ยา อาจจะทำให้ปรีชาญาณเสื่อมถอยลง
 - ผลข้างเคียงจากการออกฤทธิ์ anticholinergic ที่พบได้ในยาหลายตัวที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปากคอแห้ง ท้องผูก หรือมีปัสสาวะไม่ออกได้
 - ผลข้างเคียงของยากลุ่มรักษาอาการทางจิต (antipsychotic drugs) ทำให้เกิดอาการของ extrapyramidal symptoms (EPS) มีอาการสั่น เกร็ง คล้ายกับคนที่ป่วยเป็นโรค Parkinson's disease ได้

- เมื่อตัดสินใจเริ่มใช้ยา ควรระบุเป้าหมายอาการที่ต้องการรักษาให้ชัดเจน เพื่อพิจารณายาที่ใช้ให้ตรงเป้าหมายนั้น ดังในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การรักษาปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และความผิดปกติทางจิต ด้วยยา

กลุ่มยา	อาการที่เป็นเป้าหมายในการรักษา
ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotics)	อาการประสาทหลอน หลงผิด ก้าวร้าว กระวนกระวาย
ยาด้านเศร้า (antidepressants)	ภาวะซึมเศร้า หงุดหงิด กระวนกระวาย วิตกกังวล
ยากันชัก (anticonvulsants)	กระวนกระวาย ก้าวร้าว อารมณ์ดีมากผิดปกติ (mania) การนอนผิดปกติ
ยาลดความวิตกกังวล (anxiolytics)	วิตกกังวล กระวนกระวาย การนอนผิดปกติ (ควรใช้ยากลุ่มนี้ในระยะสั้นๆ กรณีที่จำเป็นเนื่องจากมีผลทำให้ปรีชาญาณลดลงและมีปัญหาการติดยาได้)

โดยการเริ่มต้นให้ยา ควรใช้ขนาดต่ำแล้วค่อยๆ ปรับขนาดขึ้นช้าๆ เพื่อสังเกตผลข้างเคียงและการตอบสนองของยา หลังจากได้รับยาแล้วอาการดีขึ้นควรพิจารณาความจำเป็นของการได้รับเป็นระยะทุก 3- 6 เดือน ถ้ามีผลข้างเคียงจากยาที่ให้อยู่ควรพิจารณาลดหรือหยุดยา²

สรุป

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน ดูแลอาการและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ญาติและผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญ ถ้าจำเป็นต้องมีการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ ควรระวังเรื่องผลข้างเคียง และมีการติดตามนัดสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Finkel SI, Burns A. BPSD Consensus Statement. International Psychogeriatric Association. 1999.
2. International Psychogeriatric Association. The IPA complete guides to BPSD- specialist guide. www.ipa-online.org. 2012.
3. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: A review of 55 studies from 1990–2003. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11): 2022–30.
4. Starkstein SE, Mizrahi R, Power BD. Depression in Alzheimer's disease: phenomenology, clinical correlates, and treatment. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20(4): 382-8.
5. Turro-Garriga O, Lopez-Pousa S, Vilalta-Franch J, Turon-Estrada A, Pericot-Nierga I, Lozano-Gallego M, et al. A longitudinal study of apathy in patients with Alzheimer's disease. *RevNeurol* 2009; 48(1): 7–13.
6. Politis AM, Vozzella S, Mayer LS, Onylike CU, Baker AS, Lyketsos CG. A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004;19(11):1087-94.
7. Nabalamba A, Patten SB. Prevalence of mental disorders in a Canadian household population with dementia. *Can J Neurol Sci*. 2010; 37(2): 186–94.
8. Hollingworth P, Hamshere ML, Holmans PA, O'Donovan MC, Sims R, Powell J, et al. Increased familial risk and genomewide significant linkage for Alzheimer's disease with psychosis. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*. 2007;144B: 841–8.
9. Holmes C. Contribution of genetics to the understanding of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 2000;12:83–9.
10. Engelborghs S, Vloeberghs E, Le Bastard N, Buggenhout MV, Marien P, Somers N, et al. The dopaminergic neurotransmitter system is associated with aggression and agitation on frontotemporal dementia. *Neurochemistry international*. 2008;52(6): 1052–60.

- 11.Zubenko GS, Moosy J, Martinez J, Rao G, Claassen D, Kopp U.
Neuropathologic and neurochemical correlates of psychoses in primary dementia. Arch Neurol. 1991;48: 619–24.
- 12.Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, Hurt C, De deyn PP, Nobili F, et al.
Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. European Psychiatry, 2005; 20(7): 490–6.
- 13.Cohen-Manfield J. Theoretical frameworks for behavioural problems in dementia. Alzheimer’s Care Quaternary 2000;1:8-21.
- 14.Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE, et al. Treatment of agitation in AD: A randomized placebo controlled clinical trial. Neurology 2000; 55; 1271–8.
- 15.Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. American Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 9: 361–81.
- 16.Meins, W. Impact of personality on behavioral and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatrics. 2000;12: 107–11.
- 17.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พิมพ์ครั้งที่ 4 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559.
- 18.Anthony K, Proctor AW, Silverman AM, Murphy E. Mood and behavior problems following the relocation of elderly patients with mental illness. Age and Ageing. 1987; 16: 355–65.
- 19.Lawlor BA. Environmental and social aspects of behavioral disturbances in dementia.International Psychogeriatrics. 1996; 8(3): 259–61.
- 20.de Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Winkens L, et al. Do caregiver management strategies influence patient behavior in dementia? Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19: 85–92.
- 21.Haupt M, Karger A, Jonner M. Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. Int J Geriatr Psychiatr. 2000; 15: 1125–9.

- 22.Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: A review of the evidence. *JAMA*. 2005;293(5):596-608.
- 23.Kolanowski AM, Litaker M, Buettner L. Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. *Nursing Research*. 2005;54:219–28.
- 24.Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW. A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 15: 514–21.
- 25.Cohen-Mansfield J, Werner P. Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology*. 1997; 52A: M369–77.
- 26.Gerdner LA. Effects of individualized versus classical “relaxation” music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer’s disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*. 2000; 12: 49–65.
- 27.Burgio L, Scilley K, Hardin JM, Hsu C, Yancey J. Environmental “white noise”: an intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology*.1996; 51:364–73.
- 28.Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Emotional and behavioral responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging and Mental Health*. 2004; 8: 233–41.
- 29.Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998; 24: 10–7.
- 30.Williams CL, Tappen RM. Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer’s disease. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*. 2007; 2: 389–97.
- 31.Dickinson JI, McLain J, Marshall-Baker A. The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist*. 1995; 35: 127–30.
- 32.Namazi KH, Johnson BD. Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance

independence. American Journal of Alzheimer's Disease and Research. 1992;1:16–21.

33. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Kim EC, Harker JO, Josephson KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve sleep/wake patterns in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society. 2005; 53: 803–10.

บทที่ 4

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร¹ (Comprehensive Dementia Care System :CDC System) ประกอบด้วย 3 ระบบ ที่สัมพันธ์ ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน คือ 1) ระบบการคัดกรอง/คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา) และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและสถาบัน แต่ละระบบ มีตัวป้อนเข้ากระบวนการและผลลัพธ์ของตนเอง และผลลัพธ์ของระบบหนึ่งจะเป็นตัวป้อนเข้าของระบบต่อไป ซึ่งเมื่อดำเนินการระบบย่อยอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและครบถ้วนตามแนวคิดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และย่อมส่งผลให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการตอบสนองความต้องการตามนโยบายของประเทศในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาวะที่โลกรวมทั้งประเทศไทยกำลังอยู่ในสังคมผู้สูงอายุ²

ในการพัฒนาระบบให้มีบริการเกิดขึ้นในพื้นที่ได้นั้น ต้องมีเจ้าภาพในการพัฒนา ซึ่งย่อมเป็นสถาบันทางด้านสุขภาพด้วยมีบทบาทรับผิดชอบโดยตรง ซึ่งเจ้าภาพต้องแสวงหาเครือข่ายเพื่อร่วมเป็นเจ้ามือในการดำเนินงาน และทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่เป็นเจ้าของ ร่วมกันดำเนินงานให้ต่อเนื่องและยั่งยืน ทีมบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบให้เกิดในพื้นที่บริการของตน ในระบบ CDC System อย่างน้อยต้องมี 1) System Manager ผู้จัดการระบบ หรือ SM 2) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ Dementia Care Manager หรือ DT CM และ 3) ผู้ประสานงานการดูแล หรือ Dementia Care Coordinator หรือ DT CC บุคลากรทีมสุขภาพเหล่านี้ต้องสนับสนุน และร่วมสร้างระบบให้เกิดขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ และยังเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการจัดการระบบและประสานงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

การสร้างบริการในระบบสามารถสร้างได้ในทุกพื้นที่ทุกระดับบริการที่มีต้นทุนและทรัพยากรบุคคลรับผิดชอบในทุกระบบย่อย และแม้แต่ทรัพยากรบุคคลในบางระบบไม่มี แต่สามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับแหล่งทรัพยากรนอกพื้นที่ก็สามารถดำเนินการสร้างระบบได้ การดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าระบบที่พัฒนา มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่อาจเป็นรพ.สต. หรือ ศสม. เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อย 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อย 2) ระบบการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง มีหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่อาจเป็นรพ.สต. หรือ ศสม. เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อยแต่ละระบบย่อยจะมีผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการ แต่การดำเนินงานจะร่วมกันทั้ง ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ/หรือตติยภูมิ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ไม่ว่าจะดำเนินการในรูปแบบใดหรือใครเป็นเจ้าของ ภาพผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ต้องการ คือ การเพิ่มระดับคุณภาพสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย และประสิทธิภาพของระบบคือการดำเนินงานตอบสนองคุณลักษณะ 6 ประการของระบบ ได้แก่ 1) ครบวงจร (comprehensive) 2) ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ (seamless) 3) ความครอบคลุม (coverage) ประชากรสูงอายุ 4) การเข้าถึง (access) 5) ความร่วมมือ (participation) ของทุกภาคส่วน และ 6) การบูรณาการ (integration) เข้าเป็นงานประจำ

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร³ ต้องการแผนที่ปฏิบัติการการพัฒนาหรือผังไหล ที่แสดงเส้นทางการพัฒนาระบบที่ลำดับเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติทั้งหมด มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และความสอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างกัน ทำให้สามารถศึกษา ตั้งเป้าหมาย เข้าใจ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการได้ สำหรับตัวอย่างแผนที่ปฏิบัติการหรือผังไหลของการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร แสดงไว้ในภาพที่ 4.1

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร คือ การจัดการบริการตามผังไหลที่กำหนด ซึ่งจะนำเสนอการจัดการตามลำดับของระบบย่อย โดยจะมีประเด็น เป้าหมายของระบบ เครื่องมือที่ใช้ ผู้ดำเนินการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ

1. ระบบการคัดกรองและคัดแยก

การคัดกรองและคัดแยก⁴ เป็นระบบแรกที่เป็นหัวใจสำคัญในเส้นทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นบริการค้นหาผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ ระบบนี้ทำให้เกิดการค้นหา ผู้ที่อาจผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการมีความผิดปกติ (early detection) อันส่งผลต่อโอกาสแห่งการได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษา ระบบนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อยที่เกี่ยวข้องกัน แต่ต่างกันในการบริการ คือ 1) การคัดกรอง และ 2) การคัดแยก

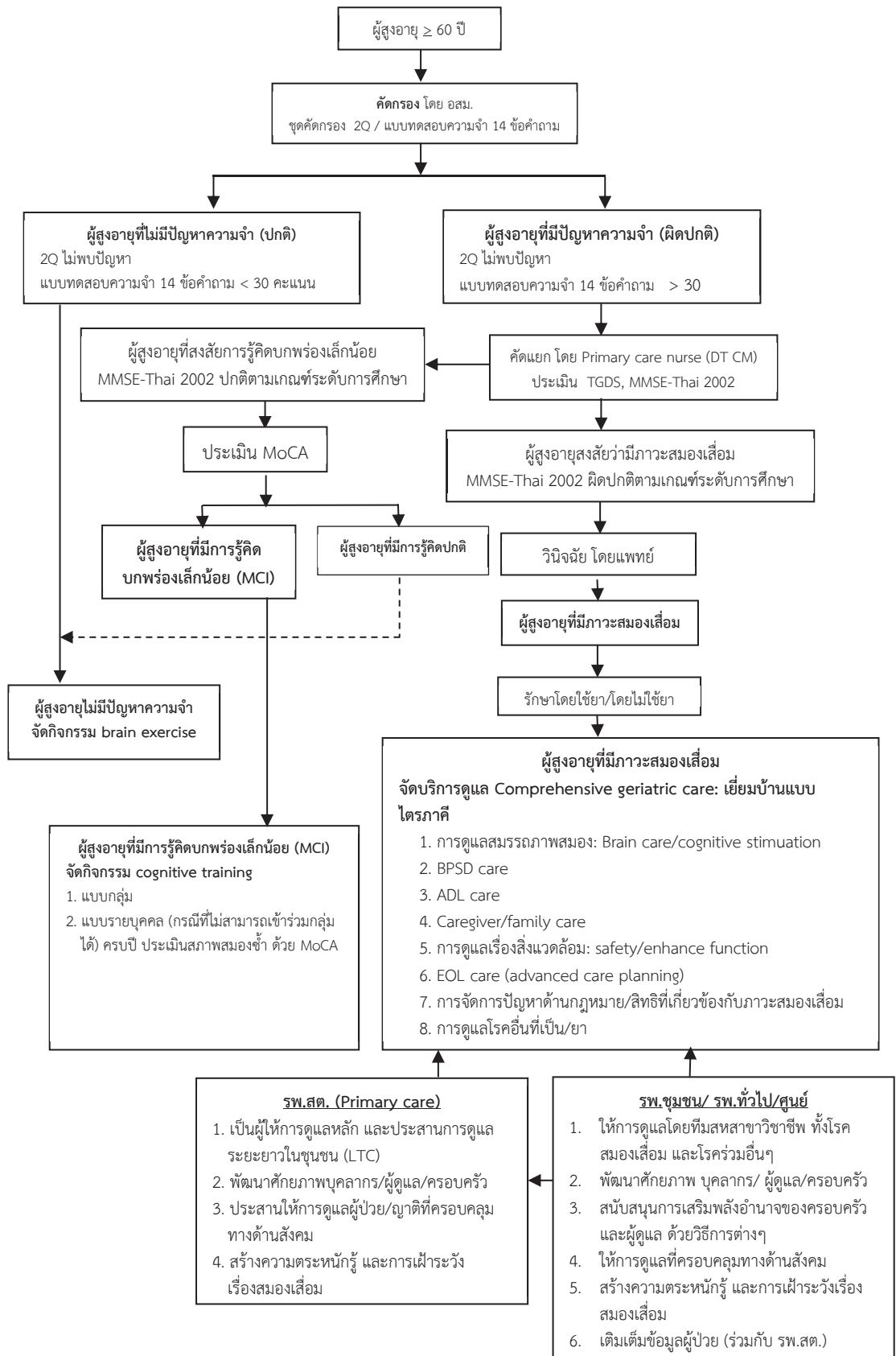
1.1 การคัดกรอง

วัตถุประสงค์การคัดกรอง คือ การคัดหรือแยกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มี **ความจำปกติ** และ กลุ่มที่มี**ความจำผิดปกติ**

ตามหลักการแล้วผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่คือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับบริการคัดกรองนั้นหมายถึงผู้สูงอายุทุกวัยและทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน หรือ กลุ่มติดเตียงจะต้องมีสิทธิรับบริการนี้อย่างเท่าเทียม ดังนั้นในการจัดบริการจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยกลุ่มเป้าหมาย และบุคลากรที่ดำเนินงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในระบบสุขภาพปัจจุบันเป็นบุคลากรที่มีเพียงพอในการดำเนินงานรับผิดชอบรอบครัวในหมู่บ้าน และเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพและคุ้นเคยกับผู้สูงอายุอยู่บ้างแล้ว นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ต้องมีความชัดเจน ใช้ง่าย และไม่ใช้เวลาในการคัดกรอง เพื่อให้เป็นไปตามต้องการ การคัดกรองจึงกำหนดว่า

กลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ (ในทางปฏิบัติยอมรับความครอบคลุมร้อยละ 80)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือในการคัดกรองมีหลากหลาย เพื่อให้เป็นในทิศทางเดียวกัน และสามารถเปรียบเทียบกันได้ นำเสนอให้ใช้ คือ แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม (หรือแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามใน CDC System นี้) (ภาคผนวกที่ 1) หรือ แบบทดสอบสมอง Abbreviate Mental Test (AMT) (ภาคผนวกที่ 2) ข้อดีของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม คือสามารถสอบถามผู้สูงอายุร่วมกับญาติ หรือญาติที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุแทนได้ สำหรับแบบคัดกรองแนะนำว่าให้ทำแบบประเมินที่มี เครื่องมือ 2Q และแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม/AMT ไว้ในแผ่นเดียวกันเพื่อความสะดวก



ภาพที่ 4.1 แนวทางการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (พื้นที่ A)

ลำดับการคัดกรอง 1) ก่อนทำการคัดกรองต้องประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือ 2Q ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ตอบไม่มีอาการตามแบบประเมิน 2Q ทั้ง 2 ข้อ จึงจะทำการประเมินต่อ

2) ประเมินความจำ โดยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม สำหรับเกณฑ์การตัดสินความจำผิดปกติ คือ **คะแนนตามแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามได้มากกว่า 30** (ตามมาตราฐานการแปลผล ใช้ 40 คะแนน แต่จากการนำใช้จริงในพื้นที่ได้ปรับลดลงที่ 30) กรณีใช้แบบประเมิน AMT **คะแนนตามแบบประเมิน AMT** ตอบถูกน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7

ผู้ทำการคัดกรอง คือ อสม. โดยอาจขยายถึง ผู้ดูแล (caregiver) จิตอาสาของชุมชนได้ ทั้งนี้ทุกคนต้องผ่านการอบรมและได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือ และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

ผู้รับผิดชอบการคัดกรอง คือ DT CM ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศสม. ของโรงพยาบาลนั้น โดยอาจมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเช่น ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลในเครือข่าย

รูปแบบการคัดกรอง แบบลงแขก คือ ผู้คัดกรองทุกคนร่วมกันทำการคัดกรองที่ละหมู่บ้านจนครบ หรือแบบอิสระ ผู้คัดกรองต่างคนต่างทำในพื้นที่ของตน การเลือกรูปแบบจะตามมาซึ่งการเตรียมการรองรับ

การดำเนินงานการคัดกรอง การคัดกรองในระบบนี้ ต้องเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในขั้นตอนต่างๆ จึงกำหนดหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องไว้เบื้องต้นดังนี้

ขั้นตอน	DT CM/ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ caregiver	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	- พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้แบบประเมินในการคัดกรอง และวิธีการประเมิน - จัดทำผังการดำเนินงาน - จัดเตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน โดยตัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเดิม ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชออก - จัดเตรียมแบบประเมิน - กำหนดรูปแบบการคัดกรอง เช่น คัดกรองแบบลงแขก หรือแบบอิสระ	- เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ ทำความเข้าใจวิธีการประเมิน และการใช้แบบประเมิน - ซักซ้อมการใช้แบบประเมิน - รับเอกสารรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายและแบบประเมิน	- ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม - ร่วมสนับสนุนงบประมาณ การดำเนินงาน

ขั้นตอน	DT CM/ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน/ caregiver	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ ชุมชน
	○ กำหนดจำนวนผู้สูงอายุตามเป้าหมายในการประเมินโดยให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยและกลุ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ○ คัดแยกผู้สูงอายุที่มีความจำกัดเพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพประเมิน ○ มอบหมายพื้นที่/ผู้สูงอายุ ให้ขอสม. รับผิดชอบประเมิน โดยจัดทำเป็นเอกสารมีชื่อผู้รับผิดชอบชัดเจน ○ มอบหมายให้ทีมรับผิดชอบประเมินผู้สูงอายุที่มีความจำกัด ○ กำหนดวันที่ดำเนินการและส่งแบบประเมิน ○ กำหนดวันส่งผลลัพธ์การคัดกรอง ○ จัดทำทะเบียนรายชื่อการคัดกรองที่เป็นปัจจุบัน	○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	
ขั้นตอนการดำเนินการ	○ ติดตามการดำเนินงานและให้คำปรึกษา	○ ประเมินผู้สูงอายุ/ญาติที่ตามได้รับมอบหมาย (แบบประเมิน 2Q และแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม) ○ ตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ○ ตรวจสอบความครบถ้วนตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย ○ ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา	

ขั้นตอน	DT CM/ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน/ caregiver	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ ชุมชน
		○ รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินได้พร้อมทั้งเหตุผล ○ ส่งแบบประเมินตามกำหนด	
ขั้นประมวลผล	○ ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบประเมิน ○ บันทึกข้อมูลในแบบประมวลผล ○ สรุปประมวลผล การประเมินผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ○ ช่วงอายุ และพื้นที่ 1) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 2) จำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำปกติตามแบบประเมินที่สถานบริการหรือหน่วยงานเลือกใช้ (ผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์) 3) จำนวนผู้สูงอายุที่อาจมีความจำปกติ (คะแนนตามแบบประเมินไม่อยู่ในเกณฑ์) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับการคัดแยก) 4) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ต้องประเมินระบุเหตุผล เช่น กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ○ มอบหมาย อสม. ติดตามประเมินผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติมและกำหนดระยะเวลา ○ จัดทำทะเบียนรายชื่อและข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก ○ สรุปผลลัพธ์การดำเนินการ	○ ติดตามประเมินผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ○ ส่งแบบประเมินตามกำหนด	

การบันทึกผลการคัดกรอง ทะเบียนผู้สูงอายุทั้งหมดของพื้นที่ ที่ลำดับตามสำมะโนครัวของหมู่บ้าน หรือพื้นที่ ที่มีข้อมูลทั่วไป คือ อายุ เพศ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มอะไร ติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง ความสามารถในการอ่านเขียนและการมองเห็น การมีผู้ดูแล เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ (และข้อมูลอื่นๆ) จะถูกจัดเตรียม และเพิ่มเติมผลลัพธ์การคัดกรองที่ต้องการ

ข้อมูลผลลัพธ์ของการคัดกรอง คือ รายชื่อ/จำนวนผู้สูงอายุที่ทำการคัดกรอง คือ คะแนน 2Q คะแนนตามแบบสอบถาม 14 ข้อคำถาม หรือแบบประเมิน AMT วันที่ประเมิน ผู้ประเมิน และมีหมายเหตุ กรณีที่ประเมินไม่ได้ หรือไม่ได้ประเมินเพราะสาเหตุอะไร เช่น ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลยังไม่กลับ หรือไปอยู่กับญาติต่างจังหวัด และข้อมูล การสรุปผลการคัดกรองเพื่อการส่งต่อการคัดแยก อย่างน้อยในสองประเด็นหลัก คือ **1) รายชื่อและจำนวนผู้ได้รับการคัดกรอง** คิดเป็นร้อยละเท่าไรของประชากรสูงอายุของพื้นที่ในระบบ คิดเป็นร้อยละเท่าไรของคนกลุ่มวัยต่างๆ และคิดเป็นร้อยละเท่าไรของกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง รวมทั้งค่าคะแนนและข้อมูลอื่นๆ ของทุกคน ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการคัดกรอง **2) รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีความจำผิดปกติ คะแนนที่ได้ แต่ละคนเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง** ผลลัพธ์ที่ได้จาก 1 จะจัดเป็นฐานข้อมูลการคัดกรองของพื้นที่ และนำเข้าสู่บริการการดูแล ส่วนที่ 2 จะนำเข้าบริการคัดแยกต่อไป ระยะเวลาในการดำเนินการคัดกรองคัดแยกจะต่อเนื่องกัน และการส่งต่อจะต้องทันการณ์ ตามที่กำหนดเพื่อความต่อเนื่องของระบบ (ภาคผนวกที่ 3)

1.2 การคัดแยก

การคัดแยกเป็นบริการตามหลังการคัดกรอง มีเป้าหมายเพื่อยืนยันและแยกแยะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐาน ดังนั้นความผิดปกติที่ได้จากขั้นตอนการคัดแยก ยังไม่ถือว่าเป็นการวินิจฉัยโรค แต่ให้เป็นความผิดปกติตามแบบประเมินที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การคัดแยก คือ คัดผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม ออกจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ หรือ ผู้ที่คะแนนตามแบบประเมิน ในการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ความจำผิดปกติ อันเป็นผลลัพธ์ได้จากการคัดกรอง ดังนั้นการคัดแยกจะได้ 3 กลุ่มของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และผู้สูงอายุที่มีสมองปกติ

ตามหลักการ ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ อันเป็นผลลัพธ์ได้จากการคัดกรองทุกคน ต้องได้รับ การคัดแยกเพื่อให้การบำบัดรักษาสุขภาพสมองตามสิทธิ และเป้าหมายการดูแล แต่การเข้าถึงบริการคัดแยกอาจเป็นอุปสรรคทำให้เกิดความไม่ครอบคลุม ไม่ได้รับการดูแลอย่าง

เหมาะสม ดังนั้นบริการตัดแยกจึงมีทั้ง เชิงรับและเชิงรุก เชิงรับอาจจัดในสถาบัน หรือสถานที่ที่เหมาะสมเข้าถึงได้ง่าย กำหนดระยะเวลาชัดเจน ส่วนเชิงรุกอาจต้องทำการตัดแยกที่บ้าน หรือในหมู่บ้านต่างๆ เพื่อการเข้าถึงผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจำกัดหรือผู้ที่ไม่สะดวกในการเดินทาง ดังนั้นข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้จากการคัดกรองจึงเป็นตัวบ่งชี้เข้าที่ใช้กำหนดรูปแบบการคัดแยกทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แผนการคัดแยก รวมทั้งการขอความร่วมมือจากเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้การบริการอยู่ในกำหนดเวลาที่เหมาะสมและทันการณ์

กลุ่มเป้าหมายการคัดแยก ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ หรือผู้ที่คะแนนตามแบบประเมินความจำในการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ความจำผิดปกติ ซึ่งต้องการรายชื่อ จำนวน และความจำกัดต่างๆ (ภาคผนวกที่ 3.1, 3.2)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก คือ

- 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Geriatric Depression Scale
ในที่นี้ใช้ TGDS
- 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002
ในที่นี้ใช้ MMSE-Thai 2002
- 3) แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
ในที่นี้ใช้ MoCA

ลำดับการคัดแยก

1) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย TGDS ก่อน เพื่อคัดออกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อาจมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบความจำและทำให้สมรรถภาพสมองถดถอย และไม่เข้าข่ายที่จะวินิจฉัยความผิดปกติสมองได้ กรณีที่พบภาวะซึมเศร้าหรือคะแนนที่ได้เท่ากับหรือมากกว่า 7 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนที่สูง แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก) ไม่ต้องทำการประเมินต่อ

2) ประเมินสภาพสมอง โดยใช้ MMSE เพื่อคัดผู้ที่มีสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมออก (บางครั้งเรียกว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมิน) โดยอิงกับเกณฑ์ที่ใช้ระดับการศึกษา กำหนดไว้ คือ ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) จุดตัดที่ ≤ 14 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด ≤ 17 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด ≤ 22

ผู้สูงอายุที่มีคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติหรือสงสัยภาวะสมองเสื่อม จะถูกจัดเตรียมส่งเป็นตัวบ่งชี้เข้าของระบบที่ 2 การคัดกลุ่มต่อไป ส่วนผู้ที่มีคะแนน MMSE ปกติ จะทำการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ต่อไป

3) ประเมินการรู้คิดด้วยแบบทดสอบ MoCA เพื่อแยกผู้ที่มีคะแนน MMSE ปกติว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

นี้ ตัดสินที่คะแนน MMSE ปกติตามเกณฑ์ และมีคะแนน MoCA ต่ำกว่า 25 คะแนน ทั้งนี้ยังถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามแบบประเมิน ยังไม่ใช่ การวินิจฉัยตามมาตรฐาน

ผู้ทำการคัดแยก คือ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ทีมสังคมที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมิน

ผู้รับผิดชอบการคัดแยก คือ DT CM ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศสม. ของพื้นที่นั้น

รูปแบบการคัดแยก มี 2 รูปแบบ คือ แบบลงแขก และแบบอิสระ แบบลงแขก ผู้คัดแยกมาจากเครือข่ายหลายแห่ง ระดมการคัดแยกพร้อมกัน ร่วมกันทำการคัดแยกที่ละหมู่บ้านจนครบ โดยใช้สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางได้ และคัดแยกที่บ้านหรือในหมู่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมารับบริการได้ ส่วนแบบอิสระ ผู้คัดแยกต่างคนต่างทำในพื้นที่ของตน

กระบวนการดำเนินงานคัดแยก การคัดแยกเป็นบริการระดับวิชาชีพ ที่ผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกฝน เพื่อให้การประเมินแม่นยำ และต้องดำเนินการในเวลาที่เหมาะสมเชื่อมต่อกับระบบคัดกลุ่มได้ การให้บริการแม้จะมีความรับผิดชอบหลักอยู่ที่ภาคสุขภาพแต่การแสวงหาความร่วมมือ และประสานการทำงานร่วมกันจะก่อให้เกิดประสิทธิผลของบริการทั้งด้านทรัพยากรและด้านกำลังคน ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง จึงกำหนดไว้คร่าวๆ ดังนี้

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ รับต่อผลลัพธ์การคัดกรอง ○ กำหนดรูปแบบการคัดแยก ○ วางแผนทำการคัดแยก และประสานความร่วมมือ ○ กำหนดวันเตรียมความพร้อมและ วันที่จะทำการคัดแยก (จำนวน ผู้ทำการคัดแยก และจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก สถานที่ที่ต้องไปคัดแยก) ○ จัดตารางวันเวลารายชื่อผู้สูงอายุ ที่ต้องเข้ารับการคัดแยก แบบเชิงรุก เชิงรับ	○ เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมเป็นผู้นำดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบประเมิน วิธีการประเมิน การบันทึกและการแปลผล รวมทั้งทำความเข้าใจกระบวนการในวันที่จะดำเนินการคัดแยก)	○ เข้าร่วมการคัดแยก (เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมและร่วมการคัดแยก) ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ○ ประสานกับ DT CM ในการรับส่งผู้สูงอายุมารับการคัดแยก ○ อำนวยความสะดวกเรื่องอาหารเครื่องดื่ม ○ ร่วมสนับสนุนงบประมาณ

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
	○ ประสานสถานที่ ที่จะทำ การคัดแยก หรือ แยกทำใน พื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ○ จัดทำตารางการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก และประสานกับ ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ○ ประสานทีมสหวิชาชีพและ ทีมสังคมเพื่อจัดการคัดแยก ○ เตรียมความพร้อม ผู้ดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบประเมิน วิธีการ ประเมิน การบันทึก และการแปลผล รวมทั้ง กระบวนการในวัน ดำเนินการคัดแยก) ○ จัดตารางการดำเนินการ คัดแยก และผู้รับผิดชอบ ○ จัดเตรียมแบบประเมิน		การดำเนินงาน
ขั้นตอนการ	○ ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก ○ มอบหมายผู้สูงอายุให้กับ ผู้ทำการคัดแยก ○ เป็นที่ปรึกษาในการคัดแยก ○ ร่วมทำการคัดแยก ○ ตรวจสอบผลการคัดแยก อธิบายผลและให้ข้อมูล การดูแล (ให้ข้อมูลเพิ่มเติม/ นัดหมายกรณีผู้สูงอายุที่มี การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะ มีภาวะสมองเสื่อม	○ ทำการคัดแยก ตามวันเวลา ที่มอบหมาย ○ ตรวจสอบความ สมบูรณ์ของ แบบประเมิน และระดับผล ○ ส่งแบบประเมินให้ DT CM เพื่อดำเนินการ ต่อไป	
ขั้นประมวลผล	○ บันทึกข้อมูลในแบบ ประมวลผล	○ ร่วมติดตาม ประเมิน ผู้สูงอายุที่ต้อง	

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
	○ สรุปรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับ การคัดแยกทั้งหมด ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก ○ สรุปรายชื่อผู้สูงอายุที่ไม่ สามารถคัดแยกได้ในวันที่ กำหนด และมอบหมายให้ ติดตามดำเนินการคัดแยก เช่น กรณีที่ไม่อยู่ในพื้นที่ ในวันคัดแยก ○ จัดทำทะเบียนข้อมูล ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ให้เป็นปัจจุบัน (จำนวนจะ เพิ่มขึ้นจากผู้คัดแยกแล้ว ปกติ) ○ ส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่ปกติ (ทั้งหมด) ให้เป็นตัวบ่อน เข้าในระบบย่อย 3 การดูแล ต่อเนื่อง เพื่อประสานงาน ให้ได้รับการดูแลโดยการ brain exercise ○ จัดทำทะเบียนข้อมูล ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูล ผลการคัดแยกครบถ้วน ○ ส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่มี การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้เป็นตัวบ่อนเข้าใน ระบบย่อย 3 การดูแล ต่อเนื่อง เพื่อประสานงาน ให้ได้รับการดูแลโดยการ brain training (บทที่7) ○ จัดทำทะเบียนข้อมูล ผู้สูงอายุกลุ่มที่สงสัยว่า	ติดตามดำเนินการ คัดแยก	

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ภาคีสังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน
	มีภาวะสมองเสื่อม ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูล ผลการคัดแยก ครบถ้วน ○ วางแผน มอบหมาย และให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพทางกายและสมอง รวมทั้ง ข้อมูลสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ○ ส่งรายชื่อและข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้เป็นการนำเข้าของระบบย่อยที่ 2 การคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา ○ ประมวลผลการคัดแยก ○ ประสานการคัดกลุ่มกับผู้รับผิดชอบ		

การบันทึกผลการคัดแยก ผลการคัดแยกควรต่อเนื่องรวมเป็นชุดเดียวกันกับการคัดกรอง เพื่อจะได้เห็นความต่อเนื่องของข้อมูลทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการคัดกรองและข้อมูลการคัดแยก และเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบ อีกทั้งยังใช้เพื่อการเตรียมการในงานประจำปีต่อไปที่ผู้สูงอายุรายใหม่ที่เข้ามาตามปีปฏิทินกับผู้สูงอายุเดิมที่มีความจำปกติจะรวมกัน และเมื่อทำให้เป็นปัจจุบันจะเป็นข้อมูลนำเข้าของระบบคัดกรอง คัดแยก ในรอบปีต่อไป

ผลลัพธ์การคัดแยกนอกเหนือจากข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการคัดกรองแล้วอย่างน้อยต้องมีอีก 3 ส่วน คือ **1) รายชื่อและจำนวนผู้ได้รับการคัดแยก** คิดเป็นร้อยละเท่าไรของผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก คิดเป็นร้อยละเท่าไรของคนกลุ่มวัยต่างๆ และคิดเป็นร้อยละเท่าไรของกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง **2) รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่อง คะแนนการคัดแยก ทั้ง TGDS, MMSE และ MoCA และแต่ละคนอยู่กลุ่มใด** เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อ เข้ารับการดูแลในระบบย่อยที่ 3 **3) รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนการคัดแยก ทั้ง TGDS MMSE ที่ได้ แต่ละคนอยู่กลุ่มใด** เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง และมีผู้ดูแลหรือไม่ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

จะได้รับการประสานให้ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดย DT CM เพื่อรวบรวมประวัติสุขภาพ ประวัติความผิดปกติด้านการคิดรู้ในด้านต่างๆ เช่น executive function, language, learning & memory, motor function, attention, social activity และคะแนนที่ได้จากการคัดกรองคัดแยก ประวัติอาการ BPSD การเปลี่ยนแปลง ADL/IADL ปัจจุบัน การดูแล ผู้ดูแล/ครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ ก่อนส่งต่อ เข้ารับการคัดกลุ่มในระบบย่อยที่ 2

2. ระบบคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยและบำบัดรักษา

ระบบคัดกลุ่ม⁴ เป็นคำเฉพาะที่ใช้ในระบบ CDC System ด้วยเป็นบริการท้ายสุดที่คัดผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุที่สงสัย และเป็นบริการที่ท้ายสุดแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ ถูกจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มครบถ้วน เพื่อให้การดูแลตามสภาพสมอง

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเป็น clinical diagnosis แพทย์จึงเป็นหลักของระบบย่อยนี้ ตามมาตรฐานการรักษาแล้ว ผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการฝึกอบรมการวินิจฉัยและดูแลภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การวินิจฉัยจึงทำได้ในโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายของรพ.สต. ต่างๆ และต้องรับหน้าที่ในการวินิจฉัยอาจมีแพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญด้านนี้หรือน้อยมาก ดังนั้นในการพัฒนาระบบจำเป็นต้องจัดสรรให้มีกำลังคนในการวินิจฉัย ด้วยการประสานงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การคัดกลุ่มส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลที่หน่วยปฐมภูมินั้นสังกัด เป็นการส่งต่อกันในงานต่างระดับบริการ ดังนั้นจึงต้องการการส่งต่อที่ดี และมีผู้ประสานงานการรับและส่งต่อ โดยทั่วไปจะเป็น DT CM หรือพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุรับข้อมูลผู้สูงอายุที่จะทำการวินิจฉัย จัดลำดับการวินิจฉัย ประสานงานแพทย์ จัดเตรียม OPD card ผลตรวจต่างๆ รวมทั้งข้อมูลของผู้สูงอายุที่รับมาจากขั้นตอนการคัดแยก อีกทั้งต้องเข้าร่วมการวินิจฉัย สรุปผลการวินิจฉัยการบำบัดรักษาส่งต่อคืน DT CM เจ้าของไข้ด้วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่บันทึกการวินิจฉัยทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการจัดทำฐานข้อมูลของระบบด้วย

วัตถุประสงค์การคัดกลุ่ม คือ การตัดสินผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (จากแบบประเมินการคัดแยก) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ กรณีมีภาวะสมองเสื่อมต้องวินิจฉัยว่ารักษาได้หรือไม่ ต้องส่งตรวจ/ส่งต่อเพื่อ การวินิจฉัยรักษาหรือไม่ เป็นโรคอะไร ระยะใดและมีแผนการรักษาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร (ส่วนที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจะให้การบำบัดรักษาตามปัญหา)

โดยหลักการแล้วแพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจประเมินทั้งหมด แต่พบว่ากรณีที่แพทย์จะวินิจฉัยได้นั้น บางครั้งต้องมีการนัดติดตามถึงสามสี่ครั้ง อันทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากและเป็นภาระต่อผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้น การช่วย lean ระบบ หรือทำให้การคัดกลุ่ม กระชับเข้า มีทางเลือก คือ **การเตรียมข้อมูลที่เป็นเบื้องต้น** ด้วยการเยี่ยมบ้านของ DT CM

ที่เห็นสภาพความเป็นจริง ได้ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดทั้งญาติและผู้แวดล้อม ข้อมูลที่ได้ย่อมเป็นครอบคลุมและก่อประโยชน์ นอกจากนี้การให้ DT CM ร่วมให้ข้อมูลจะช่วยให้เกิดทักษะและเรียนรู้การรวบรวมข้อมูลครอบคลุมขึ้น การรับรู้การวินิจฉัยและการรักษาบำบัดโดยตรงย่อมทำให้มีความเข้าใจนำไปสู่การดูแลในระบบที่ 3 ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในการวินิจฉัยต้องประสานงานให้มีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดร่วมด้วย

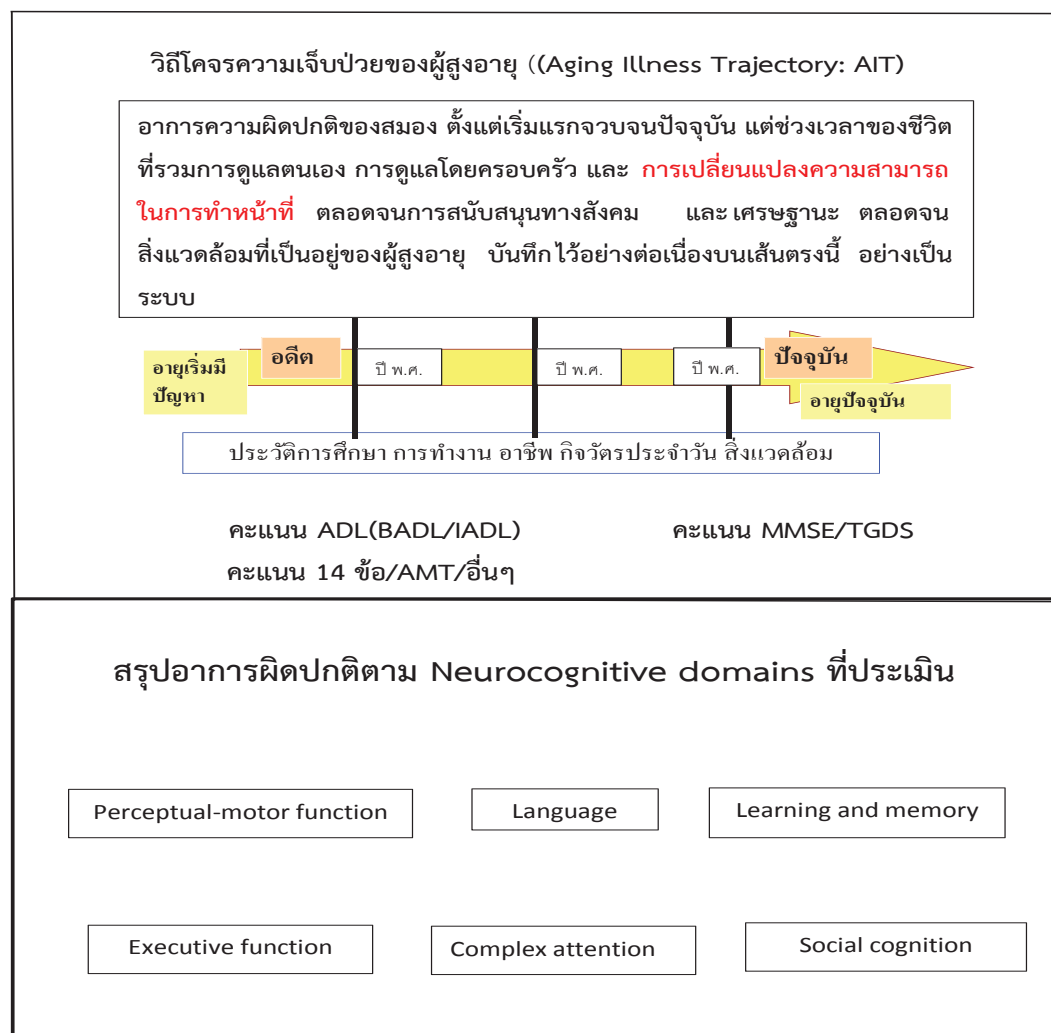
กลุ่มเป้าหมายการคัดกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมทุกคนที่ได้จากการคัดแยก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกลุ่ม คือ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง DT CM ทำการเยี่ยมบ้านและรวบรวมข้อมูล ตามหลักการของสถานบริการ/สถาบันนั้นๆ ในที่นี้จะนำเสนอแบบประเมิน/บันทึก เพื่อการประยุกต์ใช้ที่เรียกว่า **วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หรือ Aging Illness Trajectory : AIT** ที่เป็นแบบบันทึกแผ่นเดียว (one page) ด้านหนึ่งนั้นสรุปข้อมูลที่ทำประเมิน บันทึกให้เห็นข้อมูลสุขภาพกายและสมองตั้งแต่เริ่มเกิดปัญหาสุขภาพสมอง อย่างเป็นระบบ และสะท้อนความก้าวหน้าของอาการผิดปกติต่างๆ อีกด้านหนึ่งบันทึกภาวะการรู้คิดที่ผิดปกติเอาไว้เป็นหมวดหมู่ (ภาพที่ 4.2)

ผู้รับผิดชอบการคัดกลุ่ม คือ แพทย์ หรือ แพทย์และทีมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบที่ใช้
รูปแบบการคัดกลุ่ม มี 2 รูปแบบ คือ 1) **แบบดั้งเดิม** คือ ส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีศักยภาพ 2) **แบบสากลชุมชน** คือ การวินิจฉัยโดยสากลชุมชน ซึ่งจะมีการเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปทำการวินิจฉัยให้ในพื้นที่ ซึ่งมีตัวอย่างการเรียนรู้ได้จากโมเดลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม

1. แบบดั้งเดิม คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลที่ประจำการ กระบวนการเริ่มที่ DT CM พื้นที่ส่งต่อ และประสานข้อมูล รายชื่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเข้ามารับการวินิจฉัย ดังนั้นจึงต้องการผู้ประสานงานรับข้อมูลและจัดให้มีการวินิจฉัย หรือ DT CC โดยอาจเป็นพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ หรือ DT CM ที่อยู่ในระบบโรงพยาบาลที่แพทย์นั้นประจำ DT CC จึงเป็นผู้ประสานให้เกิดการวินิจฉัยตามทรัพยากรและต้นทุน พร้อมทั้งรับผิดชอบส่งกลับผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาให้ DT CM เจ้าของใช้ด้วย



ภาพที่ 4.2 วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหรือ Aging Illness Trajectory : AIT

กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่มแบบดั้งเดิม

ขั้นตอน	DT CM / เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	DT CC หรือ DT CM ที่เป็นผู้ประสานงาน/พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ /ทีมCOC	แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ขั้นเตรียมการ	○ ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุหรือแบบบันทึก AIT	○ ลงทะเบียนผู้สูงอายุ ○ ประสาน อสม. นัดหมายผู้สูงอายุและญาติเพื่อการเยี่ยมบ้าน	

ขั้นตอน	DT CM / เจ้าหน้าที่ หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	DT CC หรือ DT CM ที่เป็นผู้ ประสานงาน/พยาบาลประจำ คลินิกผู้สูงอายุ /ทีมCOC	แพทย์/แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
	- เตรียมรายชื่อและแบบบันทึกส่งให้ DT CC เพื่อจัดลำดับการเข้ารับ การวินิจฉัย - นัดหมายผู้สูงอายุและญาติตาม วันเวลาที่นัดหมายและประสาน การเดินทาง		
ขั้นตอนการ	- นำข้อมูลแบบประเมินเสนอในแฟ้ม ประวัติ ให้กับแพทย์ประจำคลินิก - รวบรวมแผนการรักษา และการดูแล เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ประสานการได้รับสิทธิ - การส่งตัวกลับ	- ประสานการเข้ารับการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน - ส่งบันทึกผลการตรวจและ แนวทางการรักษาการเพื่อ การส่งตัวกลับพื้นที่	ทำการตรวจ วินิจฉัยและ รักษา ตัดสิน การเป็นผู้พิการ ทางสมอง (กรณีมีภาวะ สมองเสื่อม)
ขั้นประมวลผล	- จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับและ ได้รับการวินิจฉัย - จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่วินิจฉัยว่า มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อส่งต่อให้ทีม COC เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับ การคัดกลุ่ม โดยจำแนก เพศ วัย (หลังการวินิจฉัย) - ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ สมองเสื่อม ซึ่งจำนวนนี้จะ นำไปรวมกับกลุ่ม MCI เดิม - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	- สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้าน - การประเมินและติดตาม การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ ครอบครัว	

2. แบบสภากาชาด ประกอบด้วยทีมลูกขุน อันมีแพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีตัวแทน สหสาขาวิชาชีพ เช่น เกษีกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลหน่วยการดูแลต่อเนื่อง DT CM และ DT CC แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะ สมองเสื่อม แต่ดำเนินการวินิจฉัยในพื้นที่ หรือหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ทีมลูกขุนร่วม ให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นในการดูแลอย่างรอบด้าน ในการคัดกลุ่มอย่างน้อยต้องมี DT CM, DT CC และแพทย์ เป็นองค์ประกอบของสภากาชาด

สภาลูกขุน/ทีมลูกขุนจะจัดประชุมร่วมรับฟังข้อมูลของผู้สูงอายุที่นำเสนอโดย DT CM ที่เป็นเจ้าของไข้ และร่วมกันประมวลข้อมูลเพิ่ม โดยการตรวจร่างกาย (กรณีสามารถพาผู้สูงอายุมาร่วมการประชุมได้) วิเคราะห์ วินิจฉัย สิ่งแผนการรักษาและพิจารณาให้แนวทางในการดูแล ทีมดำเนินการเรียกกระบวนการประชุมพิจารณานี้ว่า**การประชุมสภาลูกขุน** โดยตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่นอกเหนือจากทีมลูกขุนจะร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องด้วย

จุดเริ่มต้นของระบบการคัดกลุ่มอยู่ที่ DT CM เจ้าของไข้ ส่งข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน ส่งมา DT CC ที่ย่อมสามารถประสานงานกับแพทย์ที่จะทำการวินิจฉัยและทีมสหวิชาชีพได้ จากนั้นจะมีการลงทะเบียน จัดลำดับการเข้าสภาลูกขุนตามความจำเป็นเร่งด่วน และความพร้อมของทีม

กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่มแบบสภาลูกขุน

ขั้นตอน	DT CM เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	DT CC	แพทย์/แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
ขั้นเตรียมการ	○ ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุหรือแบบบันทึก AIT ○ ส่งรายชื่อผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและแบบบันทึก AIT ให้ DT CC ○ นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ ลงทะเบียนผู้สูงอายุ ○ จัดเตรียมแบบบันทึกประวัติฯ (OPD card) ข้อมูลสุขภาพ (เพิ่มเติม) ○ จัดลำดับและตารางการเข้ารับการคัดกลุ่ม ○ ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขา DT CM ○ พร้อมนัดหมายการวินิจฉัย ○ ประสาน DT CM เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ ประสาน DT CM เพื่อการนัดหมาย
ขั้นดำเนินการ	○ ร่วมทีมลูกขุนในการคัดกลุ่ม บำบัดรักษาดูแลและส่งต่อ ○ เตรียมข้อมูลเพื่อการนำเสนอและเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวตามที่นัดหมาย ○ นำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุในที่ประชุมสภาลูกขุน	○ ประสานการเข้ารับการคัดกลุ่ม ○ ร่วมทีมลูกขุนในการคัดกลุ่ม บำบัดรักษา/ดูแล และส่งต่อ ○ ส่งบันทึกการวินิจฉัย ข้อมูลและแนวทางการดูแลรักษาให้กับ DT CM เจ้าของไข้ ○ จัดเตรียมใบรับรองการได้รับสิทธิการเป็นผู้ร้องความสามารถ	○ ทำการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาและตัดสินใจเป็นผู้พิจารณา (กรณีมีภาวะสมองเสื่อม)

ขั้นตอน	DT CM เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	DT CC	แพทย์/แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
	○ ร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา ดูแล และส่งต่อ ○ รวบรวมแผนการรักษาและการดูแล เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ○ รับการส่งตัวกลับ	○ ประสานการได้รับสิทธิกรณีผลการวินิจฉัย มีภาวะสมองเสื่อม ○ ประสานการดูแลระหว่าง DT CM กับแพทย์ที่ทำการรักษา	
ขั้นประมวลผล	○ จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องทำการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดกรอง โดยจำแนกเพศ วัย และตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวนนี้ จะไปรวมกับกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเดิม (MCI) 2) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	○ สรุปจำนวนและผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ○ สรุปกระบวนการคัดกลุ่มผลลัพธ์การคัดกลุ่ม ○ จัดทำฐานข้อมูลการคัดกลุ่ม	

การบันทึกผลการคัดกลุ่ม คัดกลุ่มเป็นบริการที่ทำให้ได้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับไปรวมกับกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุจะถูกแยกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มสมองเสื่อม และทั้งสามกลุ่มนี้จะเป็นตัวบ่อนเข้าระบบย่อยที่ 3 ระบบการดูแลต่อเนื่อง จำนวนผู้สูงอายุ คุณลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มเป็นตัวกำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่อง อันหมายถึงกำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรอื่นที่ต้องใช้ในการดูแล แม้จะมีการสรุปจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ประสานไปปรับการดูแลในแต่ละระบบย่อย แต่ความสมบูรณ์ข้อมูลผู้สูงอายุที่จะเข้าระบบย่อยที่ 3 อยู่กับการสรุปในระบบคัดกลุ่ม

1) **รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองปกติ** การคัดกลุ่ม คิดเป็นร้อยละเท่าไรของผู้สูงอายุที่ต้องคัดกรอง คิดเป็นร้อยละเท่าไรของคนกลุ่มวัยต่างๆ และคิดเป็นร้อยละเท่าไรของ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง 2) รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่อง คะแนนการคัดแยก ทั้ง TGDS, MMSE และ MoCA และแต่ละคนอยู่วัยใด เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อ เข้ารับการดูแลในระบบย่อยที่ 3 3) รายชื่อและจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนการคัดแยก ทั้ง TGDS, MMSE ที่ได้แต่ละคนอยู่วัยใด เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง และมีผู้ดูแลหรือไม่

การดำเนินการระบบ CDC System ตั้งระบบแรก จะเห็นภาพรวมผู้สูงอายุที่เข้ามาถึงระบบ CDC System และสุขภาพสมองของผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแล ดังนั้นการบันทึกผลการคัดกลุ่ม จึงประกอบด้วย 1) สรุปจำนวน รายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกลุ่มว่ามีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละเท่าไรของผู้สูงอายุทั้งหมด ของคนกลุ่มวัย และเพศต่างๆ 2) รายละเอียดการวินิจฉัย การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) จำนวนและรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคอื่นที่กระทบสมองแต่ไม่ใช่สมองเสื่อม ซึ่งต้องกลับไปรวมในกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 5) สรุปผลสุดท้าย ต่อเนื่องจากข้อมูลการคัดกรอง คัดแยกเกี่ยวกับจำนวน และรายชื่อผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานต่อไป และเป็นฐานข้อมูลสุขภาพสมองของประชากรในพื้นที่ (ภาคผนวกที่ 4)

3. ระบบการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่อง^{6,7} ไม่เพียงแต่หมายถึงการต่อเนื่องจากระบบคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม แต่กินความจนถึงการให้การดูแลจนเพิ่มศักยภาพกลุ่มเป้าหมายจนสามารถให้การดูแลตนเองได้เองอย่างต่อเนื่องตลอดไป ภายใต้การสนับสนุนและการเฝ้าระวังของภาคีเครือข่าย

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ต้องตระหนักว่า ต้องเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและตลอดไป ด้วยเป็นการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความเสื่อมที่ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นไม่เพียงแต่ให้การดูแลเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เท่านั้น แต่หมายถึงการพัฒนาต่อยอด การดูแลที่ตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ย่อมหมายความว่าแนวทางการจัดบริการระดับเบื้องต้นที่นำเสนอไว้ในที่นี้ จะถูกยกระดับต่อยอดให้เป็นบริการที่เพิ่มคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและเป้าหมาย ในโอกาสต่อไป

การดูแลในระบบนี้ มีทั้งในชุมชน และการดูแลในสถาบัน แต่ในที่นี้เน้นที่ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ที่จัดให้ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเป้าหมายการดูแล และมีเครื่องมือในการดูแลที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์การดูแลต่อเนื่อง คือ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แต่ความต่างกันของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้เป้าหมายการดูแลแต่ละกลุ่มมีความจำเพาะ คือ 1) ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) เป้าหมาย

การดูแล คือ การพัฒนาความจำด้วยการออกกำลังกายสมอง (brain exercise) 2) ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป้าหมายการดูแล คือ การฟื้นฟูศักยภาพสมอง ด้วยการฝึกฝนสมอง (brain training) 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป้าหมายการดูแล คือ คงสภาพสมอง ผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด หรือ brain care และการดูแลครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไม่เป็นภาระมากเกินไป

โดยหลักการแล้ว สิ่งที่ต้องตระหนักคือ สถานที่สุดท้ายของผู้สูงอายุ คือบ้านที่อยู่ในชุมชน และทีมสุขภาพไม่สามารถรับภาระการดูแลผู้สูงอายุได้ โดยปราศจากความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ดังนั้นการสร้างความร่วมมือในกันดูแล โดยการขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญร่วมกันอย่างแท้จริง ร่วมเป็นทั้งเจ้าภาพ เจ้ามือและเจ้าของ จัดให้บริการการดูแลตามบทบาทและขอบข่ายหน้าที่ของตน ไม่เพียงความร่วมมือเท่านั้นต้องมีการประสาน สื่อสารการทำงานเป็นทีม รวมทั้งลงขันในการให้บริการด้วย โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

ในที่นี่จะนำเสนอบริการเบื้องต้นที่พึงจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพสมองทั้งสามกลุ่ม

1. การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง (brain exercise)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ

เครื่องมือในการดูแล คือ ชุดออกกำลังกายสมอง (brain exercise) ตัวอย่างเช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ส่งเสริมสุขภาพสมองและการใช้สมองสองซีก เช่น กิจกรรมฝึกบริหารสมอง ซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า⁸

การดำเนินการ การพัฒนาการบริการนี้เป็นรูปธรรม ต้องการการสัมปทานบริการนี้ให้กับชุมชน ท้องถิ่น หรือภาคสังคมอื่นๆ ในพื้นที่ โดยหวังให้บูรณาการการพัฒนาสมองเข้าไปในทุกกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนทำเองและเป็นเจ้าของทีมพื้นที่ต้องประยุกต์ ชุดออกกำลังกายสมอง หรือโปรแกรมกระตุ้นสมอง TEAMV (cognitive stimulation program) มาจัดเป็นชุดการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และบูรณาการบริการนี้เข้าไปในกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุทุกโครงการ โดยการแสวงหาการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ

2. การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม

โดยหลักการแล้ว ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 10-15 ต่อปี มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุปกติถึงสองเท่า แม้จะมีหลักฐานว่าการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาจกลับคืนสู่ภาวะปกติได้บ้าง แต่ก็ไม่เกินร้อยละ 25 ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ และอย่างทั่วถึง จึงจะลดปัญหาการเกิดภาวะสมองเสื่อม และปัญหาอื่นเนื่องจากการรู้คิดบกพร่อง⁹

เครื่องมือในการดูแล คือ cognitive stimulation program ต่างๆ ในที่นี้จะนำเสนอโปรแกรม TEAMV (คูบทที่ 7) ที่มีหลักการ ขั้นตอนการดำเนินการโปรแกรม และแนวทางการนำไปใช้ให้ศึกษา

รูปแบบการดูแล การดำเนินการผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีบริการจัดให้ 2 รูปแบบ คือ การให้การดูแลรายบุคคล และแบบกลุ่ม แบบแรกนั้นให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาค่อนข้างมากและไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ การจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์โปรแกรม TEAMV ที่มีความจำเพาะตอบสนองต่อปัญหาที่ต้องการแก้ไขการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำอย่างต่อเนื่อง สำหรับรายกลุ่มนั้นเป็นบริการสำหรับผู้ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 6 เดือนและมีความสามารถที่จะฝึกฝนต่อเนื่องด้วยตนเอง

กระบวนการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รูปแบบกิจกรรมกลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ อย่างหนึ่งคือ การสร้างทีมการทำงาน การเพิ่มศักยภาพทีมสังคม ท้องถิ่น และชุมชน ให้สามารถดำเนินการดูแลได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขยายบริการได้กว้างขวางรองรับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพราะการจัดกิจกรรมดูแลแบบกลุ่มมีความจำกัดในหลายประเด็น การทำการดูแลจึงต้องการการจัดมากกลุ่ม อันหมายถึงกำลังคนและทรัพยากร

ในที่นี้แนะนำการจัดบริการในชุมชนโดยความร่วมมือ ที่ยังมี DT CM เป็นตัวหลักสำหรับรายละเอียดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ⁹ (Handbook of Cognitive Training in Older Persons with Mild Cognitive Impairment for Health Care Personnel)

กระบวนการดำเนินงานจัดกิจกรรม

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการฟื้นฟูสมอง และให้ตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการฟื้นฟูสมอง และโดยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ○ พัฒนาศักยภาพทีมงานในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมองผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย ○ วางแผน ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดทำและดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย ○ วางแผนการจัดบริการการฟื้นฟูโดยครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ○ จัดกลุ่มที่เข้ารับการฝึกฝนแต่ละกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกันในคุณสมบัติที่จำเป็น ในการทำกิจกรรม	○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ รวมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่การเดินทาง และอาหารเครื่องดื่ม ○ สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	○ เป็นผู้นำและผู้ทำการจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ ติดตามการดำเนินงานและการฟื้นฟูตนเองของผู้สูงอายุ	○ อำนวยความสะดวก ○ ประสานการนัดหมาย ○ กระตุ้นการฟื้นฟูตนเองผู้สูงอายุ	○ ร่วมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นประมวลผล	○ ทำการประเมินความสามารถสมองภายหลังการจัดกิจกรรมตามแบบประเมินมาตรฐาน ○ หากลวิธีติดตามและส่งเสริมให้มีการฝึกฝนด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง	○ ร่วมในการประเมินและอำนวยความสะดวก	○ ร่วมในการประเมินติดตามผล และอำนวยความสะดวก

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นไม่ได้สิ้นสุดที่การวินิจฉัยและให้การรักษาหรือการตัดสินใจให้ได้รับสิทธิผู้พิการเท่านั้น จำเป็นต้องมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแลต่อเนื่อง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามบริบท การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในมือของครอบครัว แทบจะกล่าวได้ว่าไม่มีสถาบันใดสามารถรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ หรือถึงจะมีคงไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยข้อจำกัด

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดการให้มีดูแลสมอง (brain care) เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกขภาวะที่มากเกินไป ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจึงครอบคลุมทุกมิติทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการทำงานของผู้ดูแล

โดยหลักการแม้เป้าหมายสุดท้ายจะอยู่ที่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพ แต่ในการเริ่มต้นกระบวนการดูแล ทีมสุขภาพต้องเป็นเจ้าภาพประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ และที่จะต้องทำให้มีขึ้นคือศักยภาพในการดูแลทั้งของผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน

การจัดบริการในระบบนี้ DT CM เป็นผู้รับผิดชอบหลักทั้ง การประเมินผู้สูงอายุและครอบครัวในทุกมิติ การวางแผนการดำเนินงานร่วมกับไทรภาคี การประสานงานและติดตามผลการดูแลของทีม ประสานงานวิชาชีพ และให้การดูแลสมอง (brain care) รวมถึงการวางแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับ DT CM (ดูบทที่ 5 และบทที่ 6) และแผนการดูแล

สำหรับ caregiver (แบบการวางแผนการดูแลของกรมอนามัย) นอกจากนี้ยังมีการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผลการดูแล และท้ายสุดคือ การส่งเข้าระบบการดูแลระยะยาว

ผู้ช่วยในการดูแลที่สำคัญของ DT CM คือ อสม. ที่จะต้องพัฒนาการดูแลสภาพสมอง เบื้องต้นให้ ด้วยบุคลากรกลุ่มนี้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแลได้ต่อเนื่องและทันการณ์ แต่จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแล ทั้งนี้โดยไม่เป็นภาระมากเกินไป จึงนำเสนอแนวทางการดูแลอย่างง่าย ๆ ที่เรียกว่า “อ ส ย” ให้ อสม. นำใช้ในการเยี่ยมบ้าน โดย อ ส ย นั้น มี 5 อ. 3 ส. 1 ย. และ 5 อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัย/ อากาศ อุจจาระ 3 ส คือ สติสัมปชัญญะ (brain care) สิ่งแวดล้อม และ 1 ย คือ ยา ที่สามารถเติมรายละเอียดการดูแล ได้ตามสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย การใช้ข้อควรระวังช่วยจำ นี้จะช่วยให้อสม. ทำหน้าที่ได้ครอบคลุม ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน

ในระบบ CDC System ชุดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวนี้ ถือว่า อยู่ในระบบ CDC System โดยมุ่งให้บริการการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวจนได้คุณภาพระดับหนึ่งด้วยทีมไตรภาคี ก่อนส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ที่เป็นงานประจำของพื้นที่นี้ และถือว่า เป็นการดูแลระยะกลาง ระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ **intermediated care**

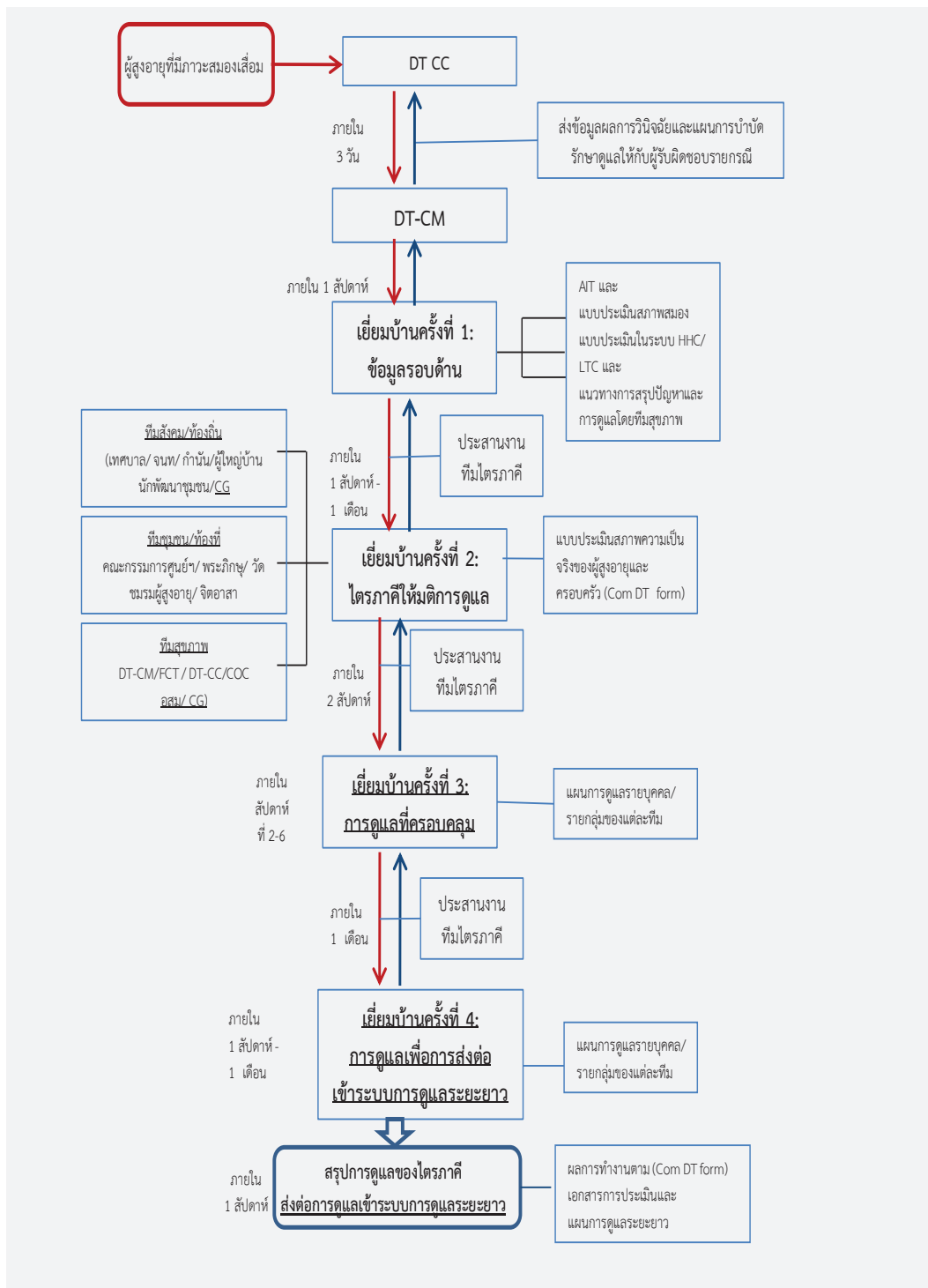
เครื่องมือในการดูแล คือ การเยี่ยมบ้าน ที่กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านเอาไว้ จำนวนการเยี่ยมบ้านจริงแปรผันตามกิจกรรม แต่ขั้นตอนการเยี่ยมที่กำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอนไว้ มีดังนี้

การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบด้าน
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มิติการดูแล
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 3	การดูแลที่ครอบคลุม มีแผนการดูแลรายบุคคล (CP)
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 4	การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแล LTC แผนการดูแลรายบุคคล และแผนการดูแลระยะยาว

กระบวนการดำเนินงาน การจัดการระบบนี้สามารถบูรณาการร่วมกับงาน COC หรือ งานเวชกรรมสังคมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ได้ ในที่นี้จะนำเสนอขั้นตอนดำเนินงาน และแผนการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับเอกสารแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวเพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น ดูในภาคผนวกที่ 5

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	○ รับข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ○ พัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวในชุมชน ○ วางแผน ประสานงาน การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ○ ประสานงานกับไตรภาคีและผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน ○ ร่วมกับทีมชุมชนและพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยชุมชน อาจตั้งเป็นคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูความจำ	○ เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ตามบทบาท อสม. ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย อ ส ย ○ ประสานงาน การนัดหมายผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ○ ประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	○ เตรียมข้อมูลกองทุนแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ ○ ประชาสัมพันธ์ การดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	○ เยี่ยมบ้านและจัดทำแผนการดูแล ด้านยาและการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ด้านการคิดรู้ ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมาย และระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการดูแลทั่วไป รวมทั้งแผนการดูแลผู้ดูแล	○ ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย และตามหลัก อ ส ย ○ ร่วมในการเยี่ยมบ้าน ○ ทำการเยี่ยมบ้านให้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย ○ รายงานความก้าวหน้าในการดูแลและปัญหาอุปสรรค	○ ร่วมประเมินผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว และตัดสินใจให้การช่วยเหลือตามบทบาทและต้นทุนทางสังคม ○ ทำการเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ/สังคม

ขั้นตอน	DT CM/เจ้าหน้าที่ของหน่วย บริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
	ในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ○ จัดการเยี่ยมบ้านร่วมกับไทรภาคีเพื่อตัดสินใจความต้องการและมอบหมาย ผู้ให้การช่วยเหลือ ○ เยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการและสรุปการดูแลที่ต้องได้รับการติดตามตกลง ○ ให้คำปรึกษาการดูแล ○ ส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว (สรุปข้อมูลการดูแลเพื่อส่งต่อ)	○ ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา	แก่ ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ○ ประสานการได้รับสิทธิผู้พิการ ○ พัฒนาพื้นที่/สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ○ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม ○ สนับสนุนงบประมาณ ○ รายงานความก้าวหน้าปัญหาอุปสรรคการช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ส่งให้ DT CM ○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับการดูแลประเภทการดูแลที่ให้ และงบประมาณ
ขั้นประเมินผล	○ จัดทำทะเบียนการดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน ○ สรุปประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในพื้นที่ และการส่งต่อ		○ สรุปจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับการดูแลประเภทการดูแลที่ให้ และงบประมาณ



ภาพที่ 4.3 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนโดยไตรภาคี⁵

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. ไชเบอร์พริ้นท์
จำกัด: สมุทรสาคร: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2562.
2. สกานต์ บุนนาค. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพไทย. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ
โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
สำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
3. วรณภา ศรีธีฤทธิ์. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการ
เสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับ
ประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี:
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
4. วรณภา ศรีธีฤทธิ์. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร: CDC system. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ
โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
สำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
5. วรณภา ศรีธีฤทธิ์. ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษา
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.
6. วรณภา ศรีธีฤทธิ์. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่าง
ต่อเนื่อง. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทาง
สังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระ
สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง .วรณภา ศรีธีฤทธิ์. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชุมชน. ใน:
การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบ
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระ
สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราช
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.

8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า. ใน: โปสเตอร์กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
9. อรพรรณ คูหา (บรรณาธิการ). คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ. สันทติการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2563.

บทที่ 5

บทบาทผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager)

ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager หรือที่เรียกย่อว่า DT CM คือ ผู้จัดการการดูแล (care manager) ที่จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง DT CM จะทำบทบาทได้นั้น ต้องการสมรรถนะอย่างน้อย 3 อย่าง คือ 1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ อันรวมถึง การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ ทั้งสามกลุ่ม (กลุ่มที่มีสภาพสมองปกติ กลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม) 2) มีความสามารถในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร หรือ CDC System โดยสามารถนำใช้แหล่งสนับสนุนเพื่อการสร้างและการดำเนินการระบบครบวงจรได้ และ 3) มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DT CM) ได้

ในส่วนของประเด็นภาวะสมองเสื่อม และ ระบบ CDC System ได้นำเสนอไว้ในบทอื่นแล้ว ในที่นี้ จึงนำเสนอบทบาทของ DT CM ในระบบ CDC System นี้

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (roles of dementia care manager)

บทบาทหน้าที่ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DT CM) แบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก^{1,2} ดังนี้

1. การบริหารจัดการการดูแล (care management) ให้มีระบบการจัดการดูแลที่ดีเริ่มตั้งแต่ระบบการคัดกรอง-คัดแยก ระบบคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกัน ทั้งภายในสถานบริการ ทุกระดับและในชุมชน ระบบการส่งต่อและรับคืนข้อมูล ระบบการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ติดตาม กำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งบริหารจัดการเพื่อให้ทีมการดูแลมีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแล และประเมินผลระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การปฏิบัติในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก (clinical specialist)

ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับ และในชุมชน โดยให้การดูแลโดยตรง (direct care) การสอนและชี้แนะ (teaching & guidance) การดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลแก่ทีมการดูแล ให้คำปรึกษา (counseling) และความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนถึงทีมการดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด ให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล/ครอบครัว

3. การจัดการข้อมูล/สารสนเทศ (data/information management)

การรวบรวมข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว การเลือกใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ครอบคลุมสภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมสถานภาพทางการเงิน ตลอดจนระบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยร่วมกับทีมการดูแลและสหสาขาวิชาชีพ การจัดการข้อมูล/สารสนเทศ รวมถึงข้อมูลรายบุคคล รายกลุ่ม รายประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการจัดการข้อมูล/สารสนเทศเชิงระบบ วิเคราะห์และสรุปผลลัพธ์ความครอบคลุมของการคัดกรอง-คัดแยก การคัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดทำและบันทึกในฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นหรือฐานข้อมูลของระบบสารสนเทศที่มีอยู่ เป็นต้น

4. การประสานงาน (coordinator)

ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DT CM) เป็นบุคคลสำคัญในการประสานงานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพและทีมไตรภาคีเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ให้ได้รับการคัดกรอง-คัดแยก การส่งต่อเพื่อการคัดกลุ่ม การวินิจฉัยและรักษาในคลินิก/สถานบริการเฉพาะทาง รวมถึงการประสานให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuing care) ประสานการดำเนินการตามแผนการดูแล (care plan) ประสานหน่วยงานในระบบการส่งต่อเพื่อติดตามการรับ-ส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน ประสานกับผู้ดูแลในการดำเนินงานตามแผนการดูแลในครอบครัว/ชุมชน ติดตามความก้าวหน้าของการดูแลตามเป้าหมาย

ผลลัพธ์ทางคลินิก ประสานการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามปัญหา/ความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

บทบาทของผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมใน CDC System

ในระบบ CDC System ที่มีระบบย่อย 3 ระบบ นั้น DT CM มีบทบาทสำคัญยิ่งในการจัดการและประสานการดูแลให้มีการดำเนินการทุกระบบย่อย มีการจำแนก ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดที่อยู่ในความดูแล ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อการดูแลตามสภาพสมอง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติทางสมอง (ตามแบบคัดกรอง) 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย (MCI) (ตามแบบคัดกรอง) 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการวินิจฉัย ซึ่งในการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มนั้น มีทั้งการดูแลผู้ดูแลโดยตรง จากกิจกรรมการออกกำลังกายสมอง (brain exercise) การฟื้นฟูศักยภาพสมอง (brain training) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยการจัดการให้มีการเยี่ยมบ้านโดยไตรภาคี และมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายुरายกรณีโดย DT CM และแผนการดูแลโดย caregiver ให้บริการดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล ที่จัดทำขึ้นโดย DT CM ร่วมกับทีมการดูแล รวมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ในการจัดการดูแลนั้น DT CM มีบทบาทใน **การประสานงาน (coordinator)** การดำเนินงานกับเครือข่ายทั้งในแนวราบ คือประสานบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาทิการประสานท้องถิ่น ชุมชน และ/หรือหน่วยงานอื่นเพื่อการดูแล อาทิ ด้านความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรม ด้านการจัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการดำรงชีวิต หรือด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ และประสานงานในแนวตั้ง คือ ประสานการดูแลต่อเนื่องทั้งส่งไปรับการวินิจฉัยรักษา และรับกลับมาดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมบุคลากรที่ร่วมงานสามารถดำเนินการได้ DT CM จึงต้องทำบทบาท **ผู้สอนหรือให้ความรู้ (teaching)** ให้ความรู้แก่ อสม. และจิตอาสา ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ในการดูแลผู้สูงอายุและญาติ หรือแม้แต่**การให้คำปรึกษา (counseling)** เมื่อทีมงานหรือครอบครัวในการดูแลเกิดข้อขัดข้องหรือมีอุปสรรคต้องการคำแนะนำ และบทบาทที่สำคัญที่จะละเว้นไม่ได้ คือ การจัดการข้อมูลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีการบริหารจัดการให้ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุตติภูมิ และตติภูมิ ดังนั้น DT CM ในแต่ละระดับจึงอาจมีบทบาทเพิ่มเติมแตกต่างกันไปบ้าง โดยที่ระบบมีการให้บริการโดยเริ่มที่หน่วยปฐมภูมิ จากบ้านในชุมชน รพ.สต./ศสม. ต่อเนื่องไปโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป และ

โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นในการเชื่อมบริการระดับต่อระดับในระบบนั้นต้องการ DT CM ที่ทำหน้าที่ประสานงานและจัดการให้มีกิจกรรมการดูแลเกิดขึ้น บทบาทนี้ ถือว่าเป็น ของ Dementia Care Coordinator หรือ DT CC

Dementia Care Coordinator หรือ DT CC มีบทบาทหลัก คือ การประสานงานในระบบทั้ง 3 ย่อยให้ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องหรือไร้รอยต่อ ในระบบ CDC system นั้น DT CC ทำหน้าที่ประสานผลลัพธ์ของระบบย่อยที่ 1 การคัดกรองและคัดแยกเพื่อเป็นตัวป้อนเข้าระบบย่อยที่ 2 ดำเนินการให้มีการคัดกลุ่มเกิดขึ้น ผลลัพธ์จากการคัดกลุ่ม DT CC ต้องประสานส่งกลับไปให้ DT CM ระดับปฐมภูมิ เพื่อการดูแลต่อไป ในบางรูปแบบกำหนดให้มี DT CC หรือ DT CM เป็นบุคคลเดียวกัน หรือมี DT CC แยกกันหลายคน ขึ้นกับความซับซ้อนของโครงสร้างในการเชื่อมต่อของระบบบริการนั้นๆ

บทบาทของ DT CM ในระบบคัดกรอง คือ

1. การประสานงาน ทีมสุขภาพในชุมชนกำหนดปฏิทินการคัดกรอง ประชุมชี้แจงผู้นำชุมชนเพื่อให้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุ
2. การเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้แก่ อสม./อผส. หรือจิตอาสาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และในการใช้เครื่องมือคัดกรอง การตรวจสอบผลการคัดกรอง
3. การให้คำปรึกษา แก่บุคลากรสาธารณสุข ในรพ.สต./ ศสม. เกี่ยวกับผลการคัดกรอง การสรุปและวิเคราะห์ผลการคัดกรอง และการส่งต่อข้อมูลเพื่อการคัดแยกต่อไป

บทบาทของ DT CM ในระบบคัดแยก คือ

1. การเป็นผู้สอนให้ความรู้ (teaching) ในการใช้เครื่องมือคัดแยกแก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อการคัดแยกผู้สูงอายุภาวะปกติ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
2. การให้คำปรึกษา (counseling) แก่บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางการคัดแยกผู้ที่มีผลการคัดแยกเบื้องต้นผิดปกติเพื่อการนำเข้าสู่กระบวนการคัดกลุ่มต่อไป
3. การประสานงาน (coordinator) ระหว่าง รพ.สต. รพช. และ/หรือ รพ.ศูนย์ เพื่อส่งต่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการคัดกลุ่ม เพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาต่อไป

บทบาทของ DT CM ในระบบคัดกลุ่ม คือ

1. การเป็นผู้ประเมินวิถีโคจรความสูงอายุและความเจ็บป่วย (Aging illness trajectory: AIT) และภาวะสมอง (cognitive domains) 6 ด้าน ของผู้สูงอายุ เพื่อนำผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (จากการคัดแยกด้วยเครื่องมือ) เข้าสู่การคัดกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับหรือเข้าถึงการวินิจฉัยเบื้องต้น หรือการวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง

2. การเป็นผู้สอน ให้ความรู้ และให้คำปรึกษา (counseling) แก่ทีมการดูแลบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกเข้าสู่ กลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มปกติ จากการคัดกรอง-คัดแยก

3. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชน ประสานงานส่งต่อกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาที่คลินิกเฉพาะทางภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิหรืออื่นๆ

4. การให้คำปรึกษา (counseling) แก่ทีมการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำแนวทางการส่งต่อหรือการนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้สูงอายุกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่ต้องให้การดูแลส่งเสริมป้องกันและกลุ่มป่วยที่ต้องให้การรักษาฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม

บทบาทของ DT CM ในระบบการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ

1. ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพสมอง แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ให้คำปรึกษาแนะแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

3. ถ่ายทอดความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองแก่ทีมสุขภาพและครอบครัว/ชุมชน

4. ประสานงานกับชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./อพส. เพื่อการคัดกรองภาวะสมองประจำปี

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

1. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล ภายในโรงพยาบาล/ชุมชน จัดกิจกรรมกระตุ้นสมองในรูปแบบการดูแลกลางวันที่โรงพยาบาล/ชุมชน การจัดชุดอุปกรณ์กระตุ้นสมอง ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่บ้านและในชุมชน

2. ถ่ายทอดความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองแก่บุคลากรสาธารณสุข ทีมการพยาบาล เพื่อนำไปจัดกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

3. สอนความรู้ การดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพสมอง แก่ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

4. ติดตามประเมินภาวะสมองประจำปี เพื่อการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (และครอบครัว)

1. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติสุขภาพ

2. ประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการวางแผนการดูแล การนำแผนไปใช้ดูแลทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน และที่บ้าน ประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนเพื่อการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน

3. ให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพ ทีมการพยาบาล และครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีปัญหาอย่างยาก ซับซ้อน

4. ให้ความรู้ครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประเมินความเข้าใจของครอบครัวถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามอาการตั้งแต่ในระยะต้นระยะกลาง จนถึงระยะท้ายของชีวิต

เรื่องเล่าและกรณีศึกษา: บทบาทของ DT CM

เรื่องเล่าประสบการณ์และกรณีศึกษาต่อไปนี้ มี 3 ชุด คือ

เรื่องเล่าชุดที่ 1 บทบาทของ DT CM ในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในสถานบริการ 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ)

1.1 บทบาทของ DT CM ระดับปฐมภูมิ: บ้านฝางโมเดล³

1.2 บทบาทของ DT CM ระดับทุติยภูมิ: ศิริรัฐนิคมโมเดล⁴

1.3 บทบาทของ DT CM ระดับตติยภูมิ: จอหอโมเดล⁵

เรื่องเล่าชุดที่ 2 บทบาทของ DT CM ในการใช้เครื่องมือของระบบคัดกลุ่มและระบบการดูแลต่อเนื่อง

2.1 การจัดทำเครื่องมือ (Aging Illness Trajectory: AIT)

เพื่อเตรียมข้อมูลเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การร่วมวินิจฉัย และการส่งต่อ⁶

2.2 การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี⁷ และ

2.3 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

เรื่องเล่าชุดที่ 3 บทบาทของ DT CM ในการให้คำปรึกษา/ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ และในการประสานการสนับสนุนการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ)^{11,12}

3.1.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา
ศิริรัฐนิคมโมเดล

3.1.2 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา
บ้านฝางโมเดล

3.2 การดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม¹³

3.3 การเขียนขอรับการสนับสนุนงบประมาณ: กรณีศึกษา
ศิริรัฐนิคมโมเดล¹⁵

ซึ่งประสบการณ์และการดำเนินการที่ถ่ายทอดในเรื่องเล่าเหล่านี้จะฉายภาพบทบาท หน้าที่ การจัดการและการดูแลต่างๆ ในระบบ CDC system โดย DT CM ในพื้นที่เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ต่อไป

เรื่องเล่าชุดที่ 1 บทบาทของ DT CM ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจรใน 3 ระดับบริการ

1.1 บทบาทของ DT CM ระดับปฐมภูมิ: บ้านฝางโมเดล³

ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโมเดลบ้านฝาง เป็นระบบที่ดำเนินการครบวงจรเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลบ้านฝางที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จัดการระบบการคัดกรอง/คัดแยกแบบลงแขกลงขัน ดำเนินการโดย อสม./พยาบาลวิชาชีพ จัดการระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย-บำบัดรักษา-ส่งต่อ ที่โรงพยาบาลชุมชน รูปแบบ สถาปนาชุมชน ที่เป็นการทำงานร่วมกันของสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ จัดการระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ โดยมีชุมชนเป็นหลัก กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมดำเนินการโดยทีมไตรภาคีมีทีมสุขภาพเป็นหลัก

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คือ DT CM เป็นบุคลากรวิชาชีพ ในบ้านฝางโมเดลนี้มีพื้นที่การทำงานทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) และทุติยภูมิ (secondary care)

บทบาทในการคัดกรองและคัดแยก

DT CM เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยปฐมภูมิ เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้ครบวงจรได้ มีบทบาทและสมรรถนะในระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบที่ 1 ต้องสามารถคัดกรองและคัดแยก จัดการให้มีการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้ ระบบย่อยที่ 2 ต้องมีบทบาทและสมรรถนะ ในการประเมินผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของสมอง (cognitive functions) 6 domains เพื่อเตรียมข้อมูลตามแบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วย หรือ AIT และนำเสนอข้อมูลให้ทีมการวินิจฉัยและร่วมการวินิจฉัย และในระบบย่อยที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง โดยรับการส่งต่อจาก DT CC (ในระดับทุติยภูมิ) มาดำเนินการดูแลตามสภาพสมองและอย่างมีระบบ

บทบาทหน้าที่ของ DT CM ในการคัดกรอง คือ การประสานงานรอบทิศ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมในการทำงานเชิงรุกในชุมชน การจัดปฏิทินการทำงาน ร่วมกับทีมงาน ให้มีการคัดกรอง ที่กำหนดไว้ประมาณ 2 เดือน คือ ตุลาคม-พฤศจิกายน เตรียมการคัดแยก ประมาณ 2 เดือนต่อมา คือ ธันวาคม-มกราคม

เพื่อเตรียมการคัดกลุ่ม ที่ต้องกำหนดล่วงหน้าอย่างชัดเจน จัดทำรายชื่อผู้สูงอายุ ประจำปี จัดเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและบุคลากรในการคัดกรองมอบหมายหน้าที่ในการคัดกรอง ตรวจสอบประเมินผล และบันทึก ที่สำคัญต้องมีการวางแผน การให้บริการอย่างทันเวลาเพื่อให้การส่งต่อเข้าสู่คัดแยกตามกำหนดใน **การคัดแยก** มีหัวหน้า DT CM ทำการวางแผนประสานงานและขอความร่วมมือทีมจาก แหล่งประโยชน์ ในการคัดแยกแบบลงแขก-ลงขันให้ครบทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีการเตรียมเอกสาร สถานที่และพัฒนาบุคลากรในการใช้เครื่องมือและแปลผล มี DT CM ทำการคัดแยก โดยวิธีการลงแขก ลงขัน ของบ้านฝาง ที่ออกให้บริการเชิงรุกในแต่ละ ตำบล บทบาทที่สำคัญของ DT CM พื้นที่ คือ ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสังคม ท้องถิ่น และชุมชน ให้ช่วยเหลือในการคัดแยกตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละ ภาคส่วน อาทิ ภาคสังคม ท้องถิ่นจัดรถรับส่งผู้สูงอายุที่มาทำการคัดแยกเป็นรอบๆ ละ ประมาณ 10-15 คน เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรอคอยที่ยาวนาน นอกจากนี้ท้องถิ่นหรือ อบท. ยังให้การสนับสนุนค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง น้ำดื่ม ด้วย

บทบาทการประมวลผลข้อมูล และส่งต่อเป็นบทบาทที่ต่อเนื่องมาของ DT CM เมื่อจำแนกผู้สูงอายุ ได้เป็น 3 กลุ่ม ตามเป้าหมาย การประมวลผลอย่างระบบเป็น บทบาทหนึ่ง ที่ทำให้ DT CM มีข้อมูลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม และ นำสู่การวางแผนจัดบริการต่อไป โดย

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติทางสมอง มีการจัดบริการดูแล โดยการให้ความรู้เรื่อง โรคสมองเสื่อม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิธีการออกกำลังกาย หรือ brain exercise โดยประสานกับชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ผู้นำ กิจกรรม และรายชื่อผู้ที่ปกติจากการคัดกรอง จะส่งต่อนำสู่ระบบเข้าคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมในปัดต่อไป โดยรวมกับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มเข้ามาใหม่ในพื้นที่

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีจำนวนมาก บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การพัฒนา ศักยภาพผู้นำกิจกรรมออกกำลังกายสมองให้มีทั้งจำนวนและสมรรถนะในการดำเนินการ อย่างครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งโมเดลบ้านฝางใช้การสัมปทานบริการนี้ให้กับชมรม ผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่สอนและฝึกฝนผู้นำ และสนับสนุนการดำเนินงานโดยการร่วม เขียนโครงการเพื่อขอการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ในพื้นที่

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะ ถูกส่งต่อมาให้ได้รับกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง DT CM มีบทบาทในการ วางแผนจัดกิจกรรมการพัฒนาอย่างชัดเจน และต้องให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาก ที่สุด โดยคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพสมองให้ประสบความสำเร็จ ผู้สูงอายุจึงถูก

จัดเป็นหลายกลุ่มย่อย จากการพิจารณาสภาพสมองและคุณสมบัติส่วนตัวเบื้องต้นที่จะทำให้สามารถเข้ารับบริการแบบกลุ่มที่มีระยะเวลานาน 6 ครั้งนี้ได้

บทบาท DT CM ที่สำคัญคือ การให้บริการพัฒนาศักยภาพสมอง (โปรแกรม TEAMV) โดยการเป็นผู้นำจัดการให้มีการพัฒนาสมองจนครบโปรแกรม การเป็นผู้สอนผู้ฝึกฝนทีมการพัฒนาสมองให้สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐาน และขยายกลุ่มการดูแลต่อไปได้ และมีบทบาททำการประเมินผลร่วมกับทีมงาน รวมทั้งสรุปผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ

3) กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม DT CM มีบทบาทในการส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างเหมาะสมและทันการณ์ ในที่นี้รวมถึงทันการคัดกลุ่มที่กำหนดไว้ 3 รอบ คือ เดือนมีนาคม มิถุนายน และกันยายน และทันกับสภาพสมองของผู้สูงอายุ บทบาทของ DT CM ในการเตรียมการคัดกลุ่ม คือ ทำการเยี่ยมบ้านประเมินข้อมูลที่จำเป็นในการคัดกลุ่มของสมาชิก และบันทึกในรูปแบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging illness trajectory: AIT)

DT CM ส่งต่อข้อมูลตามแบบ AIT และรายชื่อผู้สูงอายุที่จะนำเข้าคัดกลุ่มให้ DT CC (ที่อยู่สถานบริการทุติยภูมิ/โรงพยาบาลชุมชน) ทำหน้าที่เรื่องการประสานงาน แนวตั้ง กับแพทย์ประจำ หัวหน้าทีมของโรงพยาบาลทุติยภูมิ และจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อนัดหมายวัน-เวลา และจัดลำดับการนำผู้สูงอายุเข้าคัดกลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุที่มีความเร่งด่วนด้านสุขภาพจะได้รับการคัดกลุ่มก่อน นอกเหนือจากนั้นเป็นไปตามลำดับและความพร้อมของ DT CM ในพื้นที่

บทบาทในการคัดกลุ่ม

ในที่ประชุมของสภาลูกขุนที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและ/หรือแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนเป็นประธานนั้น DT CM เป็นหนึ่งในทีมลูกขุน มีบทบาทนำเสนอข้อมูลสำคัญตาม AIT และข้อมูลอาการผิดปกติในหน้าที่ของสมอง (cognitive functions) รวมทั้งให้ข้อมูลอื่นที่ทีมลูกขุนต้องการในบทบาทเจ้าของกรณีศึกษานัดหมาย และจัดเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัว ประสานบริการจัดรถรับ-ส่ง เข้าสู่สภาลูกขุน

ในการคัดกลุ่ม DT CC มีหน้าที่จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ จัดลำดับและกำหนดวันประสานทีมการวินิจฉัย รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติ เพื่อเข้ารับการวินิจฉัย การเตรียม OPD card เอกสารที่เกี่ยวข้อง สรุปและบันทึกผลการวินิจฉัย แนวทางการบำบัดรักษา ยาที่ใช้ และแนวทางการใช้ยา เพื่อสรุปส่งต่อ DT CM เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

การร่วมในสภาลูกขุนของ DT CM ในโมเดลบ้านฝางนั้น ได้มีการกำหนด หัวหน้า DT CM ที่มีบทบาทช่วยให้การคัดกลุ่มในสภาลูกขุนบรรลุเป้าหมาย และ ทันการณ โดยหัวหน้า DT CM ทำการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น จัดส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่ สงสัยภาวะสมองเสื่อมทางเมล เพื่อทีมลูกขุนได้ศึกษาล่วงหน้า ในกรณีต้องการข้อมูล เพิ่มจะมีการเตรียมการได้ทันการเปิดสภาลูกขุน หัวหน้า DT CM จะมีบทบาทในการ มอบหมายให้ DT CM ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านฝาง จัดลำดับการเข้าคัดกลุ่ม จัดทำทะเบียนและบันทึกรายงานการวินิจฉัยของสภาลูกขุน และ DT CM ยังมีบทบาท สำคัญในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับ DT CM หรือ CM รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ) อื่น ในการเข้า ร่วมเรียนรู้การคัดกลุ่มในสภาลูกขุนด้วย

บทบาทในการประสานส่งต่อ-ส่งกลับ

การส่งต่อที่ต่อเนื่องจากสภาลูกขุน เป็นการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ศูนย์ ติดตามผลการส่งต่อ และส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้น บทบาทหนึ่งของ DT CM คือ การจัดทำเครื่องมือการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดย DT CC โรงพยาบาลห้วยงูม จะเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ประสานกับ DT CC ของ โรงพยาบาลศูนย์ ให้ประสานการดูแล เช่น การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การตรวจ วินิจฉัยรักษาเพิ่มเติม ทั้งนี้มีการตระหนักในสิทธิของผู้สูงอายุและครอบครัว คือ การส่งต่อรับการรักษา นั้น จะประสานญาติและผู้สูงอายุ อธิบายความจำเป็นและ ใช้เวลาในการตัดสินใจ (ประมาณ 1 เดือน) กรณีตัดสินใจรับการส่งต่อ จะประสานงาน นัดตรวจ ซึ่ง DT CC และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ จะประสานการตรวจ โดยใช้เวลาที่ไม่นานนัก จัดเป็น fast track ที่ได้เสริมมาจากระบบคัดกลุ่ม

การที่ DT CM ร่วมในการคัดกลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้หลักในการประเมิน วิธีการตรวจ ผลการประเมินที่ต้องติดตาม การบำบัดรักษาที่ได้รับ การใช้ยาและ วัตถุประสงค์ที่ใช้ รวมทั้งอาการข้างเคียงที่พึงระวัง อันจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะ การประเมิน และประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องเฉพาะรายอย่างเจาะจง และใช้ในการ ให้ความรู้แก่ผู้ช่วยในการดูแล ได้แก่ อสม. caregiver ตลอดจนผู้สูงอายุและญาติได้

บทบาทในการดูแลต่อเนื่อง

DT CM มีบทบาทให้การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุปกติทางสมอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย 2 กลุ่มแรก ได้เสนอบทบาทในการดำเนินการไปแล้ว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมนั้น ภายหลังจากการคัดกลุ่มหรือเมื่อได้รับข้อมูลการรักษาส่งต่อมาจาก

DT CC (หรือเลขของสภาลูกขุนโดยตำแหน่ง) ข้อมูลที่ได้จะนำสู่การดูแลโดย DT CM พื้นที่ โดยมีเครื่องมือในการดูแลที่สำคัญ คือ แผนการดูแล และการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ เป้าหมายยังต้องขยายให้การดูแลครอบครัวและญาติเพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

DT CM มีบทบาทสำคัญยิ่งในการวางแผนการดูแล โดยเป็นผู้ให้การดูแลใน ส่วนที่เฉพาะเจาะจง และต้องการทักษะ เช่น การดูแลสมอง (brain care) ตามสภาพ สมองอย่างมืออาชีพ ให้ความรู้ ให้ความปรึกษา ผู้ช่วยใน การดูแลในชุมชน คือ อสม. caregiver และผู้ดูแล/ครอบครัว/ญาติ รวมทั้ง การประสานงาน และทำงานร่วมกัน กับไตรภาคี ในการร่วมให้การดูแลตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุ กลุ่มนี้อย่างองค์รวมมากที่สุด (ดูหัวข้อการเยี่ยมบ้าน)

สำหรับการดูแลมิติสุขภาพที่เป็นบทบาทโดยตรงของ DT CM ระดับปฐมภูมิ หรือพื้นที่นั้น จะมีแผนการดูแล (care plan) อย่างน้อย 2 ชุด คือ 1) แผนการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล สำหรับ DT CM และ 2) แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมสำหรับ caregiver

ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แต่อย่างน้อย DT CM ต้องทำบทบาทในการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง โดยให้บรรลุเป้าหมายของ การเยี่ยม คือ 1) เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน 2) เพื่อให้ไตรภาคีเห็นทิศทางการดูแล 3) เพื่อให้ ทุกภาคส่วนให้การดูแลตามบทบาทที่ครอบคลุม และ 4) เพื่อการส่งต่อเข้าระบบ การดูแลระยะยาว

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ใช้เวลาประมาณ 2- 3 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความเข้มแข็งของไตรภาคี เมื่อการดูแลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ คือ ให้ brain care สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้แล้ว บทบาทที่ ตามมาของ DT CM คือการสรุปผลการดูแลส่งต่อให้ระบบการดูแลระยะยาวต่อไป

ตามโมเดลบ้านผา่งนั้น มี DT CC ในโรงพยาบาลชุมชน ประสานงานระหว่าง ปฐมภูมิในเรื่องการรับส่งต่อและไปกลับของกรณีศึกษาที่นำเข้าคัดกลุ่ม ประสานงาน กับทีมสหสาขาหรือทีมลูกขุน ในการประชุมสภาลูกขุน และประสานงานโรงพยาบาล ตติยภูมิ ในการนัดหมายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ในการคัดกลุ่ม มีบทบาทในการเตรียมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยต่างๆ จัดลำดับ จำนวน ผู้เข้ารับการคัดกลุ่ม ประสานส่งต่อการดูแล ทั้งการ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและส่งกลับ พื้นที่ ประสานการออกไปรับรองสิทธิผู้พิการ สรุปและจัดทำฐานข้อมูลรายละเอียด การคัดกลุ่มที่ดำเนินการ และจัดทำแผนการคัดกลุ่มเป็นรายปีด้วย นอกจากนี้ DT CC

ในโมเดลบ้านฝางนี้ ยังมีบทบาทคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD clinic) แผนกผู้ป่วยนอกที่เข้าเกณฑ์ ส่งเข้ารับการวินิจฉัยโดยสภากาชาด และประสานการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาล หรือ COC ด้วย

1.2 บทบาทของ DT CM ระดับทุติยภูมิ: ศิริรัฐนิคมโมเดล⁴

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ศิริรัฐนิคมโมเดล จัดดำเนินการอยู่ที่โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นสถานบริการ **ระดับทุติยภูมิ** ให้การดูแลครบวงจรทั้งการคัดกรอง วินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาล สราญรมย์ (กรมสุขภาพจิต)

การดำเนินการระบบบูรณาการไปกับการดูแลผู้สูงอายุโดยพยาบาลประจำ คลินิกผู้สูงอายุ และมีคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำงาน มีสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานและขยายงาน การจัดการระบบ **การคัดกรองคัดแยก** ทำทั้งในพื้นที่และในโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม **การคัดกลุ่ม** หรือ การวินิจฉัยบำบัดรักษา ดำเนินการหลายเส้นทาง คือ คัดกลุ่มที่คลินิกผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลทุติยภูมิ โดยแพทย์ประจำคลินิกส่งต่อไปคัดกลุ่มที่โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหา BPSD จะประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ทำบทบาทเป็น DT CM และ DT CC ในการจัดการดูแล ประสานงานและวางแผนในการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับการวินิจฉัย และประสาน ส่งต่อกลับคืนหน่วยปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

DT CM ในระดับปฐมภูมิมีบทบาทเช่นเดียวกับโมเดลบ้านฝาง แต่ DT CM ระดับทุติยภูมิ ที่เป็นศูนย์กลางการจัดการระบบ จะมีบทบาทเพิ่มขึ้น ตามขอบเขตของ ระดับบริการ สำหรับบทบาท DT CM ระดับทุติยภูมิ มีดังนี้

1) **บทบาทการขับเคลื่อน** การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมครบวงจร โดยการเป็นผู้นำการพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ด้วยการให้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลรักษา และทำการพัฒนาทักษะใน การประเมินภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการใช้เครื่องมือต่างๆ ในระบบ เพื่อให้

ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เพียงพอในการจัดบริการระบบที่ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและ
ฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ไม่เพียงการเป็นผู้ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ ยังต้องเป็นแกนนำในการ
ขยายกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินงาน ระบบร่วมกับเครือข่าย

2) **บทบาทในการจัดทำนโยบายหรือข้อตกลงระดับอำเภอในการคัดกรอง
คัดแยก** การทำให้เป็นงานประจำและขยายครอบคลุมทุกพื้นที่ เป็นเป้าหมายสำคัญใน
การพัฒนาการดูแล โดยการขับเคลื่อน สสจ. สสอ. และ DT CM ที่ทำให้เห็น
ความสำคัญของระบบคัดกรองและคัดแยก ได้มีข้อตกลงที่อาจถือว่าเป็นนโยบายระดับ
ท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ คือ กำหนดให้มี **การคัดกรอง** ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี
ขึ้นไปในทุกพื้นที่ในอำเภอ โดยวางแผนให้ดำเนินการคัดกรองตั้งแต่ไตรมาสแรก
ช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน และให้มี **การคัดแยก** ให้แล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม

มีการกำหนดให้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมดำเนินการร่วมกับการคัดกรองภาวะ
สุขภาพอื่น ตามแนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ เพื่อลด
ความซ้ำซ้อนและง่ายต่อการปฏิบัติเป็นงานประจำ และทำให้สามารถคัดกรองภาวะ
สมองเสื่อมได้ครอบคลุม ที่สำคัญเป็นการบูรณาการการคัดกรองเข้าเป็นงานประจำ

การวางแผนการคัดกรอง มีข้อตกลงใช้มาตรฐานการคัดกรองเดียวกัน
ทั้งอำเภอ และพัฒนาแบบคัดกรองให้ง่ายต่อการบันทึกและรายงาน

3) **บทบาทในการเป็นนวัตกรรม** ในการดำเนินงานระบบให้เกิดประสิทธิภาพ
DT CM ต้องทำหน้าที่สร้างนวัตกรรมการดูแล เช่น การสร้างบริการเชิงรุกใน
การคัดกรองและคัดแยก การคัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง (ดังบทบาทในระบบย่อย)

4) **บทบาทสนับสนุนในการแสวงหาแหล่งทุน** สำหรับการแสวงหา
แหล่งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการระบบ DT CM จะให้ข้อเสนอแนะ และให้
แนวทางในการเขียนโครงการขอการสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติที่สนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

5) **บทบาทของ DT CM ในระบบย่อยทั้งสาม**

การคัดกรองและคัดแยก

การคัดกรอง DT CM รับผิดชอบพัฒนาศักยภาพผู้คัดกรอง ในพื้นที่อำเภอ
ศิริราชนิคม ผู้คัดกรองหลัก คือ กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และ อสม.
ต้องได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้เครื่องมือ คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ฝึกใช้แบบ
คัดกรองความจำ 14 ข้อคำถาม การตีความหมายของแต่ละข้อคำถาม ในการพัฒนา

ผู้คัดกรองต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านเจตคติ ความรู้ และทักษะ เพื่อประสิทธิผลของการคัดกรอง คือข้อมูลถูกต้อง เชื่อถือได้

DT CM มีบทบาทดำเนินการคัดกลุ่มคัดแยกให้ครอบคลุมและเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กลุ่มติดเตียง โดยเรียกว่า *การดำเนินการเชิงรุก* โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ที่ทำการเยี่ยมบ้าน

การคัดแยก DT CM มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สาธารณสุขที่มีบทบาทในการคัดแยกทั้งด้านการใช้เครื่องมือ และความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม มีบทบาทในการสร้างทีมการคัดแยกให้บริการเชิงรุก ด้วยงานคัดแยกเป็นงานที่ต้องใช้เวลาและคนที่มีศักยภาพ ไม่สามารถดำเนินการโดยลำพังในแต่ละตำบล จึงต้องสร้างทีม DT CM ระดับอำเภอ ลงพื้นที่หมุนเวียนกันไป ปรับรูปแบบการคัดแยกเป็นบริการเชิงรุกรายตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในพื้นที่จะประสานงานเครือข่ายภาคสังคมและชุมชนให้มีส่วนร่วม เช่น การเตรียมสถานที่ การรับ-ส่งผู้สูงอายุ ให้มารับการคัดแยกมากที่สุด

การคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา

จากข้อจำกัดของการวินิจฉัยสมองเสื่อมต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลศิริราชธน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จึงต้องวางแผนพัฒนาศักยภาพแพทย์ด้านการวินิจฉัยและบำบัดรักษาเบื้องต้นจากกรมการแพทย์ DT CM มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการ และเตรียมข้อมูลที่กระชับ มีสาระที่นำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยได้ ก่อนวางแผนนัดผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ในระยะแรก จะนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราชธน แต่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการเดินทาง จึงปรับเป็น *บริการเชิงรุก นัดพบแพทย์เป็นรายตำบล* ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ส่งต่อเมื่อต้องการ Investigate เพิ่มหรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่เกินขีดความสามารถเท่านั้น

ในช่วงแรกระบบการส่งต่อยังมีปัญหายุ่งยากเรื่องขั้นตอน จึงต้องพัฒนาเพื่อปรับรูปแบบการส่งต่อในระดับจังหวัด โดย DT CM เป็นผู้ประสานงานในการรับส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย การดูแลรักษา ส่งต่อกลับคืนหน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิ การสื่อสารจึงจำเป็นต้องมีทั้งรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษรและแบบไม่เป็นทางการเช่น line เป็นต้น และบริการต้องเป็น one stop service เพื่อลดขั้นตอน และเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย

การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ

DT CM มีบทบาทขับเคลื่อนการดูแลผ่านกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือ aging health club โดยพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุในแต่ละชมรม ให้สามารถนำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง สอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ สนุก สุขสบายและเรียนรู้นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง เช่น สอดแทรก การบริหารสมองสองซีกกับกิจกรรมการเคลื่อนไหว หรือการเพิ่มสมรรถภาพสมอง ด้านความจำร่วมกับกิจกรรมสันทนาการ เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

DT CM มีบทบาทในการวางแผนจัดกิจกรรมเพิ่มสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ ที่มีความจำบกพร่อง โดยนัดทำกิจกรรมฟื้นฟูสมองที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล ศิริรัฐนิคม ทุก 2 สัปดาห์ แต่ในการดำเนินการพบผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่องในการทำ กิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง จึงต้องปรับเป็น *บริการเชิงรุก* ดำเนินการในพื้นที่ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ จัดกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

DT CM มีบทบาท

- การเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและประเมิน ปัญหา/ความต้องการ วางแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ในระบบการดูแลระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา มอบหมาย caregiver เป็นนักจัดการสุขภาพในชุมชนคอยช่วยเหลือ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

- การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน (day care) กลุ่ม mild-moderate และกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) โดยที่ ผู้สูงอายวยังคงพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเหมือนเดิม ไม่ต้องไปอยู่สถานสงเคราะห์หรือ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง กิจกรรมใน day care เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในส่วนที่ บกพร่อง ชะลอความเสื่อม ให้คงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้คงเดิมมากที่สุด ช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้รับการ ส่งเสริมฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยจัดเป็นโปรแกรมการฝึกสมองเป็นกลุ่มที่มีระดับความ รุนแรงของโรคใกล้เคียงกันจากทีมสหวิชาชีพ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ และมีกิจกรรมต่อเนื่อง (การบ้าน) เพื่อฝึกต่อบ้านด้วยทุกครั้ง จากประสบการณ์ทำให้ ทีมเกิดการเรียนรู้ว่าสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากความคุ้นเคยของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความปลอดภัย กลัว กังวล ในช่วงแรกจึงต้องให้ผู้ดูแลอยู่ด้วย ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม คอยกระตุ้นและช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือ อาจใช้เวลาประมาณ 3-5 สัปดาห์จึงจะเริ่มคุ้นเคยกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จำหน้าเพื่อนได้ แต่จำชื่อไม่ได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง ถ้ามามากกว่านี้ผู้สูงอายุจะเริ่มเซื่องซึมและเดินไปรอบที่ประตู ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไปอีก

- สนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ดูแลและครอบครัว และจัดระบบการสำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบล เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในระยะสุดท้ายของชีวิต และสนับสนุนชุดฝึกสมอง ให้ caregiver ใช้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน เมื่อเข้าไปเยี่ยมบ้านในระบบการดูแลระยะยาว

- พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ให้เป็นอาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญสมองเสื่อม สามารถเป็นพี่เลี้ยงของชมรมผู้สูงอายุและช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัวได้ หากเกินขีดความสามารถ มีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน DT CC เพื่อการช่วยเหลือต่อไป

การสร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นบทบาทที่สำคัญของ DT CM ที่ต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุของค์กรส่วนท้องถิ่น ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานอาสาสมัครในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้การสร้างระบบสำเร็จและมีการดูแลที่ยั่งยืน หน่วยงานสาธารณสุขยังคงเป็นศูนย์กลางการดูแล การประสานงาน การเชื่อมโยง และส่งต่อข้อมูล ซึ่งเหล่านี้เป็นบทบาทของ DT CM รวมถึงบทบาทการถ่ายทอดความรู้และสร้างความเข้าใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาสุขภาพ เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน เป็นกลไกขับเคลื่อนที่สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

1.3 บทบาทของ DT CM ระดับตติยภูมิ: จอหอโมเดล⁵

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จอหอโมเดล มีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 แห่ง ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง เป็นตัวเริ่มระบบการดูแล โดยเป็นความร่วมมือระหว่างสถานบริการ **ระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิ** และด้วยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

1) **บทบาทในการคัดกรอง คัดแยก DT CM** จะรวบรวมข้อมูลจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจากแบบคัดกรอง basic geriatric assessment คือ คะแนนจากแบบประเมิน AMT ที่ผิปกติมาจัดทำทะเบียนแยกกลุ่ม และนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ เพื่อคัดแยกกลุ่มต่อไป

2) **บทบาทการคัดกลุ่ม** พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอจะประเมิน TGDS, MMSE และ MoCA เพื่อแยกกลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่มสงสัย Dementia พร้อมจัดทำทะเบียนรายกลุ่ม ผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะส่งพบแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยหรือส่งต่อไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือการรักษาเฉพาะโรค สำหรับผู้สูงอายุที่แพทย์ปฐมภูมิวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วและญาติไม่ต้องการไปตรวจหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมหรือรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา DT CM จะขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม และนำเข้าสู่ระบบการดูแล สำหรับแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามศักยภาพและอาการผู้ป่วย เช่น การให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล การใช้ยาเพื่อรักษาอาการ BPSD การรักษาโรคประจำตัวที่มีผลต่อความจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินยาที่มีผลต่อความจำหรือการใช้ยาซ้ำซ้อน การส่งเข้ากลุ่มเพื่อทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง ส่วนผู้ที่ต้องการเอกสารใบรับรองแพทย์ทางนิติกรรม แพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะส่งต่อไปที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา DT CM จะประสานการส่งต่อและติดตามผลการรักษา เพื่อการดูแลต่อเนื่องต่อไป

3) **บทบาทการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ ที่บ้าน และในชุมชน** รวมถึงการเป็นผู้ประสานการดูแลและผู้ให้การดูแล

3.1 **การดูแลกลุ่มปกติ** DT CM จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งมีหลักสูตร 8 วัน/รุ่น จัดทำแผนการสอน กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม กิจกรรม brain exercise นอกจากนี้ยังมีกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งจะมีแกนนำชมรมผู้สูงอายุ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจัดที่ไว้และที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก โดยไม่ต้องเดินทางมาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ กิจกรรมที่จัดจะบูรณาการกับปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดเข่า ภาวะเสี่ยงหกล้ม และภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมจะเน้นการให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำกิจกรรมด้วยตนเอง ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย brain exercise รูปแบบต่างๆ และสามารถนำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

3.2 การดูแลกลุ่ม MCI DT CM จะรวบรวมรายชื่อและสอบถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพื่อมา เข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นสมองและความจำ ตามหลักสูตร 6 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ เมื่อรวบรวมผู้สูงอายุได้ จะจัดกิจกรรม cognitive stimulation จนครบกระบวนการ 6 ครั้ง มีการประเมินผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมและติดตามผู้สูงอายุต่อเนื่อง ส่วนรายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จะให้เยี่ยมอุปกรณ์ไปฝึกสมองและความจำที่บ้าน

3.3 การดูแลกลุ่ม Dementia ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในระยะ mild dementia DT CM จะพูดคุยกับผู้สูงอายุและญาติเพื่อเข้าคลินิก dementia ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ ซึ่งจัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ในวันพฤหัสบดี

4) การจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุคงสภาพและสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้นานที่สุด DT CM จะกิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายเช่น การเดินรำตามจังหวะเพลง การรำวงตามเทศกาลต่างๆ การเต้นตาราง 9 ช่อง ฯลฯ 2) กิจกรรมผ่อนคลาย เช่น การทำท่าทางประกอบเพลงดังดอกไม้บาน การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การแผ่เมตตา ฯลฯ 3) กิจกรรมกระตุ้นสมอง เช่น การกระตุ้นสมองซีกซ้ายและขวา ได้แก่ การทำมือประกอบโป้ง-ก้อย จีบ-แอล จีบตา-หู-จมูก ทำมือนับเลข 1-10 และทำท่าประกอบเพลงกรรไกร-ไข่-ผ้าไหม ฯลฯ 4) กิจกรรมการคิด-การตัดสินใจ ได้แก่ การบวกลบเลขง่ายๆ การวาดภาพ ระบายสี การประดิษฐ์ของใช้ เช่น แจกัน ดอกไม้ ที่คั่นหนังสือ การทำการ์ดตามเทศกาลต่างๆ เช่น วันปีใหม่ วันวาเลนไทน์ การทำกระทง การทำอาหาร การฟังนิทานแล้วตอบคำถาม การเล่าประสบการณ์ต่างๆ ที่ประทับใจ ในการการทำกิจกรรมต้องมีผู้ช่วยในการทำกิจกรรม เพื่อกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยเสมอ ผู้สูงอายุสามารถนำผลงานกลับบ้านให้ลูกหลานได้ชื่นชม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและ

ระยะท้ายส่วนใหญ่ จะจัดทำแผนการดูแล สอนและให้คำแนะนำญาติเพื่อการดูแล รวมถึงอาสาสมัครที่ต้องดูแล ระบบการดูแลแบบประคับประคอง การทำงานกับชุมชน การสื่อสารเพื่อให้ชุมชนรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5) **การจัดการข้อมูล** DT CM ต้องจัดการระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ข้อมูลตั้งแต่ การคัดกรอง การคัดแยกการคัดกลุ่ม ปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่ม Dementia การดูแลรักษาต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลต่อไป

6) **การเป็นผู้สอน ชี้แนะ ให้คำปรึกษา** DT CM จะสอน อสม.เรื่องภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น การใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ส่วนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จะได้รับการสอนและฝึกอบรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม รวมถึงสอน ชี้แนะให้คำปรึกษาญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

7) **การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์** DT CM จะมีบทบาทประสานเกี่ยวกับสิทธิ์ต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ การได้รับเบี้ยยังชีพ การปรับปรุงที่อยู่อาศัย (ตามข้อกำหนดท้องถิ่น)

บทบาท DT CM ในระบบ CDC System

ระบบการคัดกรอง มีการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย อสม. ใช้แบบประเมินสมอง AMT และแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (basic geriatric assessment, BGA) ปีละครั้ง และรวบรวมส่งเจ้าหน้าที่ของ ศสม. **การคัดแยก** ดำเนินการโดย DT CM และ เจ้าหน้าที่ ของ ศสม. ที่ผ่านการฝึกฝนแล้ว โดยนัดหมาย ผู้สูงอายุที่มีคะแนน AMT ต่ำกว่า 7 คะแนน มาประเมินที่ **คลินิกผู้สูงอายุที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ** โดยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q, 9Q และ 8Q ตามลำดับ กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจะส่งพบแพทย์ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าให้ทำแบบทดสอบ MMSE และ MoCA ผู้สูงอายุที่คะแนน MMSE ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด DT CM มีบทบาทส่งต่อเพื่อการคัดกลุ่มเบื้องต้น โดยให้พบแพทย์ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

กรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการไปรับการตรวจวินิจฉัยรักษาที่โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จะให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและอาการแก่งญาติผู้ดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่มักเกิดขึ้นร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ให้การรักษาตามอาการที่จำเป็น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมองและออกกำลังกาย โดย DT CM ในกรณีที่สงสัยว่า มีภาวะสมองเสื่อม จะพิจารณาส่งต่อไป **เพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม** และให้การรักษาเฉพาะโรคที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา

ผู้สูงอายุที่คะแนน MMSE ปกติ จะให้ทำแบบทดสอบ MoCA ต่อ ถ้าคะแนนมากกว่า 25 ถือว่าปกติ จะให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หากคะแนน MoCA น้อยกว่า 25 ถือว่า ผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะนัดเข้ากลุ่มทำกิจกรรม cognitive training ทั้งหมด 6 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ เมื่อทำกิจกรรมครบ 6 ครั้งหลังจากนั้น 1 เดือน ต่อมาจะนัดทำแบบประเมิน MoCA ซ้ำ เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรม

ระบบการดูแลต่อเนื่อง มีบริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น หรือ early dementia หลังได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและทำทะเบียนรวบรวมผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น เพื่อเข้า Dementia Clinic ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ ซึ่งจัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ ภายหลังการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัย จะนัดเข้ากลุ่มทำกิจกรรม (Dementia Clinic) ใน ชม. ในชุมชน หรือ คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในทุกสัปดาห์ กิจกรรมที่จัดบริการให้มี 1) กิจกรรมการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย 2) กิจกรรมผ่อนคลาย 3) กิจกรรมกระตุ้นสมอง 4) กิจกรรมการคิด-การตัดสินใจ และ 5) การระลึกความหลัง การเล่าประสบการณ์ความประทับใจต่างๆ เป็นต้น

การคัดกลุ่ม ดำเนินการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตติยภูมิ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง รับผู้ป่วยโดยตรง (walk in) และรับปรึกษาจากแผนกอื่นๆ (consult) และรับส่งต่อจาก รพช. รพ.สต. PCU (refer) การดูแลผู้ป่วยในคลินิกมี DT CM ที่เป็นพยาบาล มีเภสัชกรประเมินเรื่องการรับประทานยา และนักจิตวิทยาประเมินด้วยแบบทดสอบสมอง MMSE, MoCA ซึ่งบทบาทหน้าที่ของ DT CM คือ

การเตรียมการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย โดยการประเมินผู้สูงอายุ ด้วยการซักประวัติทั้งจากญาติและผู้สูงอายุ (เท่าที่รับรู้) นัดหมายการมาตามนัด

การให้การดูแล ในผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกลุ่มและวินิจฉัยว่ามี **ภาวะสมองเสื่อม** DT CM จะมีบทบาทให้การดูแลดังนี้

- ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม พร้อมแจกเอกสารความรู้ ทำความเข้าใจกับญาติ ให้อยอมรับอาการผู้สูงอายุ ทบทวนความเข้าใจของญาติทุกครั้งที่มาคลินิก
- ร่วมวางแผนกับญาติเพื่อหา caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ

- ร่วมวางแผนแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบันโดยการสอบถามวิธีการแก้ปัญหาของญาติก่อน จากนั้นจึงแนะนำวิธีการแก้ปัญหาเพิ่มเติม
- ประเมิน IADL ADL เพื่อเป็น baseline และวางแผนให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำเองในส่วนที่ยังสามารถทำได้มากกว่าญาติช่วยทำให้
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถฝึกกระตุ้นสมองได้ จะให้คำแนะนำกิจกรรมอย่างง่าย ๆ ให้ผู้สูงอายุได้ฝึกที่บ้าน ซึ่งจะคำนึงถึงพื้นฐานเดิมของผู้สูงอายุว่าชอบทำอะไรมาก่อน เช่น ปลูกผัก ขยายของ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหงุดหงิดหรือไม่ร่วมมือ โดยให้ลองฝึกทำก่อนพร้อมญาติฝึกทำด้วย ซึ่งจะต้องอธิบายให้ญาติเห็นความสำคัญและเน้นให้ฝึกฝนต่อเนื่อง พร้อมให้การบ้านโดยการบันทึกการทำกิจกรรมให้นำการบ้านมาส่งด้วยเมื่อมาติดตามครั้งต่อไป
- ประเมิน BPSD ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมและอาการทางจิต ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาหลักที่ทำให้ญาติต้องพาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ซึ่ง DT CM ต้องให้คำแนะนำ อธิบายให้ทราบถึงพฤติกรรมบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยา ต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขตามปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ประเมินทุกขภาวะของผู้ดูแลโดยใช้ caregiver burden scale กรณีมีปัญหาสูง โดยเฉพาะด้านปัญหาของผู้สูงอายุ DT CM จะมีบทบาทให้คำปรึกษา ให้ญาติได้ระบายความรู้สึก พร้อมบทบาทผู้สอนเทคนิค เช่น การผ่อนคลาย การรู้จักอารมณ์ของตนเอง การเบี่ยงเบน และแนะนำให้เข้ากลุ่ม caregiver support เพื่อให้ญาติได้พูดคุยกันในกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

การให้การดูแล ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) DT CM มีบทบาทให้การดูแลดังนี้

- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ MCI
- ประเมิน IADL และ ADL เป็น baseline
- แนะนำให้ฝึกกิจกรรมกระตุ้นสมอง ซึ่งจะให้ลองฝึกก่อนและให้ทำเป็นการบ้านมาส่ง เมื่อผู้ป่วยมา F/U ครั้งต่อไป โดยคำนึงถึง

ด้านความพร้อมของสมองและปัจจัยทางด้านทุนทรัพย์ที่ญาติสามารถจัดหาได้

บทบาทที่ DT CM ที่ให้บริการระดับตติยภูมินั้น มีมากด้วยขอบเขตความรับผิดชอบมากขึ้นตามระดับบริการ บทบาทในการเป็นผู้พัฒนาบริการรูปแบบใหม่ จึงจำเป็นสำหรับ DT CM จากประสบการณ์ยังต้องให้ DT CM ในจอหอโมเดลวางแผนพัฒนา ระบบการส่งต่อให้ DT CM ในพื้นที่รับทราบและช่วยติดตาม เนื่องจากผู้สูงอายุมาจากหลายพื้นที่ บางพื้นที่ยังไม่มีระบบการดูแล พัฒนาการดูแลรายบุคคลตามความสามารถในการรับทราบข้อมูลและการความต้องการแต่ละบุคคล พัฒนาระบบการดูแลผู้ดูแล และพัฒนาเจตคติของผู้ดูแลในการนำผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นสมอง การมาติดตามนัด และรวมทั้งการเข้าทำกิจกรรม caregiver support group ของญาติด้วย

เรื่องเล่าชุดที่ 2 บทบาทของ DT CM ในการใช้เครื่องมือของระบบคัดกลุ่มและระบบการดูแลต่อเนื่อง

2.1 การจัดทำเครื่องมือ (Aging Illness Trajectory: AIT) เพื่อเตรียมข้อมูลเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การร่วมวินิจฉัย และการส่งต่อ⁶

2.2 การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี⁷ และ

2.3 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

ในการคัดกลุ่มตามระบบการดูแลครบวงจรนั้น DT CM มีบทบาทในการประเมินผู้สูงอายุและนำข้อมูลพร้อมทั้งผู้สูงอายุเข้าการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัยบำบัดรักษา นั่นคือการจัดทำวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ คู่มือที่ 4 และบทที่ 6 ประกอบ ดังนั้น เรื่องเล่า บทบาทของ DT CM ในการจัดทำเครื่องมือ AIT จะช่วยให้เห็นการปฏิบัติบทบาทนั้นให้ชัดเจนเมื่อผ่านการคัดกลุ่มแล้วผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยมีเครื่องมือ อีก 2 ชุดที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว คือ การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี และการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

2.1 การจัดทำเครื่องมือ (Aging Illness Trajectory: AIT) เพื่อเตรียมข้อมูลเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การร่วมวินิจฉัย และการส่งต่อ⁶

บทบาทของ DT CM ในการจัดทำเครื่องมือ AIT

การเตรียมข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อคัดกลุ่มในสาขากลุ่มนั้น มีความจำเป็นต้องมีข้อมูลการทำหน้าที่สมองอย่างชัดเจน ในขณะที่จะละเอียด ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพด้านอื่นที่สำคัญไม่ได้ แต่การนำเสนอข้อมูลต้องตรงประเด็นและกระชับแบบบันทึกวิถีโครงความเจ็บป่วยผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) จึงเป็นคำตอบ

การได้มาซึ่งข้อมูล DT CM ในพื้นที่จะทำการเยี่ยมบ้านทำการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ประวัติและการประเมินด้วยแบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลปัญหาสุขภาพกาย 3) เส้นทางการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการรู้คิดที่แสดง คือ มีอาการอะไร เกิดขึ้นเมื่อไหร่ อย่างไร ดำเนินไปอย่างไร อะไรทำให้ดีขึ้นหรือเลวลง การจัดการอาการระยะแรก (การดูแลโดยตนเองและครอบครัว) การบำบัดรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา (กรณีได้รับการรักษา) ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวทุกด้าน ทั้งด้านการดูแล เศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติทางสมอง

การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินนี้ DT CM ต้องมีการวางแผนที่ดี และดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ อุปสรรคที่มี คือ ต้องประเมินหลายครั้งถึงจะครบถ้วน เช่น กรณีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ต้องตามรอยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็น หรือบางครั้งต้องสืบค้นข้อมูลรอบด้านจากบุคคลในชุมชน บางครั้งข้อมูลที่ได้มาต้องการการตรวจสอบหรือยืนยันหรือเพิ่มรายละเอียดมากขึ้น ดังนั้น DT CM จึงต้องมีทักษะและความรู้ในการประเมินสภาพสมอง ต้องอาศัยการฝึกอบรม การมีพี่เลี้ยงที่เป็นหัวหน้า DT CM ช่วยชี้แนะในการประเมิน การเรียนรู้จากสาขากลุ่ม จะทำให้มีความรอบรู้และประเมินได้แม่นยำ ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ

การบันทึก AIT

การบันทึกจะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาประมวลแล้วนำเสนอสาระที่จำเป็น ภายในแผ่นเดียว (one page) ดังนี้

ในหน้าแรกของแบบบันทึก AIT จะบันทึก อาการที่ผิดปกตินั้น มีอะไรบ้างผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ การดำเนินของอาการหรืออาการกำเริบอย่างไร จวบจน

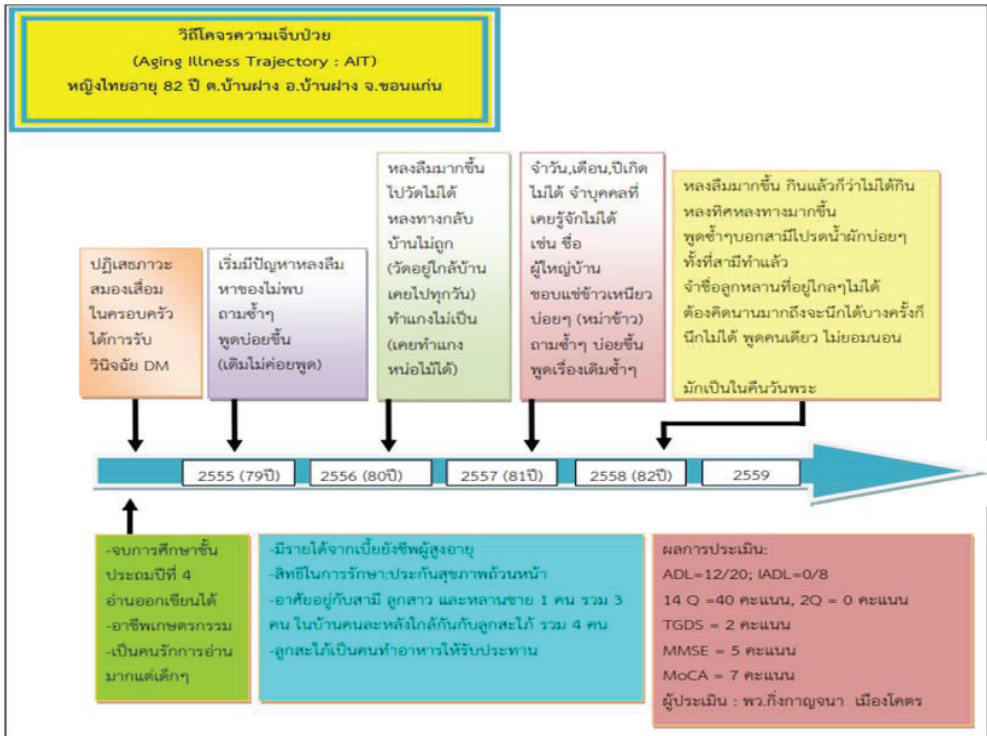
ปัจจุบัน มีอาการอะไรบ้าง (เริ่มต้น การดำเนินของอาการ ระยะเวลา) โดยใช้ลูกศรเส้นหนึ่งกำหนดทิศทางจากอดีตถึงปัจจุบัน การระบุเวลาการเกิดให้ระบุที่ตัวลูกศร มีการโยงไปยังกล่องข้อความที่ระบุอาการที่ผิดปกติในส่วนเหนือลูกศร ส่วนใต้ลูกศรแสดง การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสถานะของข้อมูลเหล่านี้ในปัจจุบัน

ในแผ่นนี้ จะบันทึก คะแนน ADL (BADL/IADL) คะแนน 14 ข้อคำถาม/AMT คะแนน TGDS, MMSE, MoCA/อื่นๆ รวมทั้ง ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน/อาชีพ การทำงาน/กิจวัตรประจำวัน ประวัติการใช้ยา ประวัติการมีปัญหาทางจิต ประวัติครอบครัวที่มีปัญหาโดยย่อ

ในหน้าหลังของแบบบันทึก AIT (one page) จะบันทึกอาการที่แสดงถึงการมีการรู้คิดที่ผิดปกติใน 6 มิติ คือ Memory & Learning; Language; Visuospatial & Motor; Attention; Executive Functions; Social Activities และบันทึกผลกระทบของอาการผิดปกติดังกล่าวต่อ การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL) ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living, BADL) และ/หรือกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) ด้วย

ดังตัวอย่างการบันทึก AIT (one page) ที่เสนอในสภาลูกขุนเพื่อประกอบการวินิจฉัย: โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งในการทำครั้งแรกๆ อาจยังไม่มีความถูกต้องแม่นยำ การฝึกฝนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะสามารถทำได้ถูกต้องตรงประเด็นยิ่งขึ้น

ตัวอย่างการบันทึก AIT (one page) เสนอในสภาลูกขุนเพื่อประกอบการวินิจฉัย: โรงพยาบาล บ้านฝาง จ.ขอนแก่น



ความเปลี่ยนแปลงของคุณยาย (82 ปี)

Memory หาของใช้ประจำไม่พบ หลงๆ ลืมๆ เริ่มจำคนไม่ได้ ถามวันเวลา ไม่รู้ เป็นบ่อยขึ้นและมากขึ้น จำคนใกล้ชิดได้ คนไกลจำไม่ได้	Language เดิมเป็นคนพูดน้อย ตอนหลังพูดบ่อยขึ้น พูดซ้ำๆ "แม่กินข้าวยัง" ชอบพูดคนเดียว	Visuospatial เดินหลงทาง แม้เส้นทางนั้นจะใช้ประจำ เช่น ทางไปวัด ทางไปบ้านลูกสาว (ที่เคยอยู่เดิม) ไม่กล้าออกนอกบ้าน	BADL/IADL
Attention ใจลอยบางครั้ง เสียสมาธิง่าย	Executive Function เคยทำแกงหม้อไม่ได้ ตอนนี้ทำไม่ได้ ลำดับไม่ถูก จำส่วนประกอบไม่ได้ ทำงานฝีมือที่เคยทำไม่ได้	Social Cognition แซ่ข้าวเหนียว (หมาข้าว) บ่อยๆ กังวลกลัวจะจำอะไรไม่ได้ กลัวเป็นมากกว่านี้ กลางคืนไม่นอนโดยเฉพาะวันพระ	

2.2 การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี⁷

การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี: กรณีศึกษา บ้านฝางโมเดล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน บ้านฝางโมเดล เป็นการดูแลเชิงรุก ใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของไตรภาคี มีวิธีปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ความต้องการ ประเมินปัญหาการตัดสินใจปัญหาและความต้องการ การดูแล การประเมินผล และส่งต่อ

โดยการเยี่ยมบ้านของ DT CM พื้นที่ หรือเจ้าของกรณีศึกษา เป็นผู้จัดกระบวนการให้เกิดการดูแล ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และดูแลผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพด้วย โดยการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น กำหนดให้ครอบคลุมด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านยา ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมาย และการดูแลระยะท้ายของชีวิต ส่วนด้านการดูแลผู้ดูแล คือ เน้นเรื่องความเข้าใจ มีทักษะ และมีกำลังใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเริ่มดูแลตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากสภากาชาด ซึ่ง DT CM เป็นเจ้าของกรณีศึกษา

การเยี่ยมบ้านในครั้งแรก: ข้อมูลรอบด้าน DT CM ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน โดยใช้แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว เพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ที่อยู่ ผู้ดูแลหลัก สิทธิการรักษา ปัญหาสำคัญและประเด็นที่ส่งต่อ ประเด็นในการประเมิน 1) สุขภาพจิต-สภาพสมอง ใช้เครื่องมือแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม MMSE, MoCA สรุปการเปลี่ยนแปลง สุขภาพจิต-อารมณ์-สภาพสมอง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับยาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยรักษาต่อเนื่องมาปัจจุบัน 2) สุขภาพกาย โรคประจำตัว ปัญหาทางกาย ยาที่ได้รับ การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร ภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก การได้รับน้ำ การนอนหลับ การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ สภาพผิวหนัง และสุขอนามัยทั่วไป รวมถึงการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ไข้ บวม อ่อนเพลีย ขาดน้ำ ท้องเสีย ฯลฯ 3) การเคลื่อนที่ การทำกิจวัตรประจำวัน ประเมิน BADL/IADL 4) สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย 5) สมาชิกในครอบครัว/การดูแลเกื้อหนุน ผู้ดูแลหลัก ทุนทางครอบครัว 6) สุขภาพสังคม/การได้รับสิทธิ และความเป็นธรรม การสนับสนุนด้านต่างๆ จากชุมชนแหล่งประโยชน์ 7) ข้อมูลอื่นๆ สรุปผลการพิจารณาจากภาคีทั้ง 3 ภาคส่วน

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2: ประเมินสภาพความเป็นจริง DT CM มีบทบาทประสานงาน ให้ไตรภาคีร่วมทำการเยี่ยมบ้าน ในกรณีคุณตา ก ประสานผู้ใหญ่บ้าน ปลัดเทศบาล อสม. caregiver ใช้แบบฟอร์มประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว DT CM จะนำเสนอข้อมูลทุกกรณีศึกษาอย่างกระชับ ด้วยทีมไตรภาคีมีเวลาจำกัด ดังนั้น การเยี่ยมต้องมีประสิทธิภาพ และได้ผลเชิงประจักษ์ มีการประชุมกลุ่มสรุปทุกครั้งหลังการเยี่ยมบ้าน

การดูแลในส่วนของทีมสุขภาพ DT CM จะวางแผนการดูแลและมอบหมาย caregiver/อสม. เป็นตัวหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาอสม. เรื่องการใช้เครื่องมือแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารสมอง และทบทวนการเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลัก **อ ส ย** และมีช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทางไลน์ กรณีที่มีปัญหาขณะเยี่ยมบ้าน

สำหรับทีมชุมชน/ท้องที่ สำหรับทีมชุมชน/ท้องถิ่น ดูแลด้านสวัสดิการจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการ ปรับห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ซ่อมแซมบ้าน และชุมชนบริจาคข้าวสารอาหารแห้ง caregiver นำอาหารผลไม้ตามฤดูกาลมาฝากขณะมาเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3: การดูแลที่ครอบคลุม DT CM แผนการดูแล ทุกภาคีจะดำเนินการตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้ ทีมสุขภาพดูแลเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง จนดูแลตนเองได้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4: การดูแลเพื่อส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว ประมวลผลการดูแลโดยทุกภาคส่วน สรุปว่าได้ดูแลสุขภาพ กาย สมอง สังคม สิ่งแวดล้อมอย่างไร และ สรุปสาระอะไรบ้าง ก่อนส่งต่อให้ LTC ดูแล เน้นให้ดูแลอะไรต่อ

ตัวอย่าง กรณีศึกษา คุณตา ก

คุณตา ก หลังได้รับการวินิจฉัยจากสภากาชาดว่าเป็น Dementia มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย DT CM พื้นที่ดูแลเรื่องยาที่ได้รับ ให้ข้อมูลผู้ดูแลเรื่องการดูแลรักษา พร้อมทั้งสำรวจความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวคุณตามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุรวมกันได้ประมาณ 1,600 บาท/เดือน ถ้าได้บัตรคนพิการและได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท/เดือน จะทำให้บรรเทาความเดือดร้อนได้มากขึ้น

แต่ปัญหาของครอบครัวนี้คือ การเข้าถึงสิทธิผู้พิการ ต้องดำเนินการตั้งแต่ขอใบรับรองความพิการจากแพทย์ และ DT CM ดำเนินการให้นำเข้าสู่เวทีประชาคม

หาทางช่วยเหลือ ผอ.รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบเตรียมภาพถ่ายขนาด 1 นิ้ว ภรรยา
คุณตาช่วยเตรียมหลักฐานสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน

ทีมชุมชนมอบหมาย อสม./caregiver ติดตามเยี่ยมบ้าน และคอยอยู่เป็น
เพื่อนเวลาคุณยายไปทำธุระนอกบ้าน **ชุมชนเป็นรั้ว** ไม่ให้คุณตาหลงออกนอกหมู่บ้าน
ตามกลับมาส่งบ้าน ชุมชนแบ่งปันอาหาร ผลไม้ ที่หาได้ตามฤดูกาล

เมื่อได้หลักฐานครบแล้ว caregiver รวบรวมหลักฐานส่งให้ DT CM จากนั้น
DT CM ดำเนินการไปทำบัตรคนพิการให้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ ในจังหวัด

เมื่อได้บัตรผู้พิการแล้วนำส่งให้ ผอ.รพ.สต. ประสานข้อมูลกับ อปท. ในการขึ้น
ทะเบียนคนพิการ อปท. มอบเบี้ยยังชีพคนพิการ นอกจากนั้นยังดูแลด้านสิ่งแวดล้อม
ปรับบริเวณบ้านให้ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุเดินไปมาภายในบริเวณบ้าน

การติดตามเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่	ทีมสุขภาพ	ทีมท้องถิ่น (อปท.)	ทีมท้องที่ (CG/ชุมชน)
1	ประเมินรอบด้าน ตาม แบบ com. DT Form	-	เยี่ยมบ้านร่วมให้ข้อมูลและ ประสานผู้สูงอายุและครอบครัว
2	DT CM ให้ข้อมูลแก่ ทีมไตรภาคี ชี้ประเด็นที่ ต้องการความช่วยเหลือ มอบหมายภารกิจ ตามวิชาชีพ	- บันทึกข้อมูลประเด็น ที่ต้องให้การช่วยเหลือ มอบหมาย ระบุ ผู้รับผิดชอบโดยให้ ปลัดเทศบาลเป็น ผู้ดำเนินการปรับ สิ่งแวดล้อมและ ปรับปรุงห้องน้ำ	- อยู่เป็นเพื่อนกรณีที่คุณยาย ติดธุระ - ดูแลเรื่องอาหาร - สุขอนามัย - ทำความสะอาดบริเวณที่ คุณตาอยู่อาศัย เช่น ห้องโถง - ปฏิบัติตามแผน DT CM
3	DT CM กระตุ้น ADL จัดทำแผนการดูแล ดำเนินการเรื่องจัดทำบัตร คนพิการ โดยประสาน รพ. เรื่องใบรับรองความ พิการ รวบรวมหลักฐาน ติดต่อจังหวัดเพื่อทำบัตร คนพิการ และมอบให้	- ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม - ปรับปรุงห้องน้ำให้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ - สวัสดิการคนพิการ - สวัสดิการผู้สูงอายุ - ฤกษ์ยังชีพ - แจกผ้าห่ม ข้าวสาร อาหารแห้ง	- กระตุ้น ADL - เยี่ยมบ้าน - สอดส่องไม่ให้ผู้สูงอายุหลง ออกนอกบ้าน - แบ่งปันอาหารผลไม้ตาม ฤดูกาล - พระภิกษุเปิดโอกาสให้คุณยาย พาคุณตาไปร่วมกิจกรรมที่วัด

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่	ทีมสุขภาพ	ทีมท้องถิ่น (อปท.)	ทีมท้องที่ (CG/ชุมชน)
	ญาตินำไปขึ้นทะเบียนที่ เทศบาล		- พาคุณตาไปรับเบี้ยยังชีพที่ ศาลากลางบ้าน
4	ประเมินภารกิจที่ได้รับ มอบหมายและรวบรวม ข้อมูลส่งต่อ LTC	สรุปภารกิจที่ได้รับ มอบหมายทำงาน เสร็จสมบูรณ์	ติดตามเยี่ยมบ้านตาม care plan

แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว
เพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น

ผู้สูงอายุ (ชื่อ-นามสกุล) คุณตา ก อายุ 86 ปี ที่อยู่ปัจจุบัน ขอนแก่น ผู้ดูแลประจำ คุณยาย ข ระบุความ เกี่ยวข้อง ภรรยา สิทธิการรักษา UC ปัญหาสำคัญประเด็นการส่งต่อ หลงลืม อยู่กับภรรยาตามลำพัง ขาดบุตรหลาน ผู้ดูแลอื่นๆ	ผู้ประเมิน/ส่งต่อเพื่อการดูแล: ☐ ประธานชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน..... ☐ อสม./อผส./อื่นๆ ระบุ..... ☒ เจ้าหน้าที่ รพสต./PCU บ้านผาง ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ
กำหนดนัดหมายทีมเยี่ยมประเมิน วันที่ 19 มิถุนายน เวลา 14.00 น.	

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ ใช้เพื่อการรวบรวมข้อมูล สภาพความเป็นจริง โดย ทีมภาคี
เครือข่าย เพื่อประกอบการพิจารณาการให้การสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุภาวะ
สมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนโดยชุมชน เป็นกรณีพิเศษ จึงขอให้ผู้ประเมินระบุ
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องให้ครอบคลุมมากที่สุด

ประเด็นในการประเมิน	ผลการประเมิน
1. สุขภาพจิต-สภาพสมอง (ค่าคะแนน 14 ข้อคำถาม) MMSE/MoCA การวินิจฉัยโรค ปัญหา ด้านความจำ/การหลงลืม/สติ พฤติกรรม อารมณ์จิตใจ ภาวะซึมเศร้า และยาที่ได้รับ เพื่อการแก้ไขปัญหาสมองและจิตใจ สรุปการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิต-อารมณ์- สภาพสมองและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับยาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยรักษา ต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน	14 ข้อคำถาม = 51 คะแนน MMSE = 11 คะแนน MoCA = 5 คะแนน 2Q = 0 คะแนน TGDS = 2 คะแนน Rx non-Pharmacological หลงทาง ต้องมีคนดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
2. สุขภาพกาย (โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพกาย ยาที่ใช้รักษา ความสามารถในการมองเห็น-การได้ยิน-การสื่อสาร ภาวะโภชนาการและช่องปาก การได้รับน้ำ การนอนหลับ, การขับถ่ายอุจจาระและ	ไม่มีโรคประจำตัว มองเห็นชัด ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ติดต่อสื่อสารได้ แต่ค่อนข้างช้า นอนไม่หลับ บางวัน ไม่ได้รับยา สุขวิทยาส่วนบุคคลดี

ประเด็นในการประเมิน	ผลการประเมิน
ปัสสาวะ, สภาพผิวหนังและสุขวิทยา อนามัยทั่วไป การเจ็บป่วยเฉียบพลัน (เช่น อ่อนเพลีย มาก ไข้ บวม ขาดน้ำ ท้องเสีย และอื่นๆ)	
3. การเคลื่อนที่ และความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (การ เคลื่อนที่ การล้างหน้า-แปรงฟัน การใช้ ห้องน้ำและทำความสะอาด การกลืน ปัสสาวะ/อุจจาระ การอาบน้ำ การใส่ เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขึ้นลง บันได)	สถานะ () ติดเตียง () ติดบ้าน (/) เดินได้เอง () เดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ ระบุ..... () ไม่สามารถเคลื่อนที่เองได้ () สามารถเคลื่อนที่ได้โดยใช้วิธี..... () เสี่ยงต่อการหกล้ม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน () ทำได้เองทั้งหมด () ทำเองไม่ได้ (/) ทำเองไม่ได้ บางส่วน ระบุ รับประทานอาหารและอาบน้ำได้เอง แต่ต้องมีคนคอยกำกับช่วยเหลือ
คะแนน BADL 11 /20	() ต้องมีผู้ดูแลบางเวลา (/) ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา
4. สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	(/) มีสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ระบุ..... พื้นที่ต่างระดับ (/) มีสิ่งที่จะต้องปรับปรุงเพื่อสุขภาพ ระบุ ปรับปรุง ห้องน้ำจากนั่งยองเป็นแบบชักโครก
5. สมาชิกครอบครัว/การดูแลเกื้อหนุน (บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก การดูแลที่ให้และปัญหาในการดูแล บุคคล ในครอบครัวที่ให้การเกื้อกูล การสนับสนุน ในด้านต่างๆ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ พิจารณาความเหมาะสม เพียงพอและ ต่อเนื่อง)	จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 2 คน อายุและ ความสัมพันธ์ ภรรยา รายได้ครอบครัว (/) เพียงพอ () ไม่เพียงพอ..... ผู้ดูแล/ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ (/) เหมาะสม () ไม่เหมาะสม ระบุ..... ผู้ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน (ผู้ดูแลหลัก) คุณยาย ข ความสัมพันธ์ ภรรยา อาชีพ ทำนา รายได้ 7,000 ปัญหาของผู้ดูแลหลัก สูงอายุ ผู้ดูแลด้านการเงิน ลูกสาว การสนับสนุนที่ให้ (/) เพียงพอ () ไม่เพียงพอ ผู้ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ (ระบุความช่วยเหลือที่ให้) สวัสดิการผู้สูงอายุ
6. สุขภาพสังคม/การได้รับสิทธิและความ เป็นธรรม (การดูแล การเกื้อกูล การ	(/) ชุมชนให้การเอาใจใส่-ไม่ดูดาวย ความช่วยเหลือที่ ให้ เยี่ยมบ้านแบ่งปันอาหาร

ประเด็นในการประเมิน		ผลการประเมิน
สนับสนุนในด้านต่างๆ จากชุมชน จากแหล่งประโยชน์ พิจารณาความเหมาะสม)		(/) มีแหล่งให้ความช่วยเหลือ (ระบุความช่วยเหลือ) อปท. รพสต. () ได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ () ไม่ได้รับ (/) ได้รับ ระบุ.... 800 บาท สิทธิผู้พิการ (/) ไม่ได้รับ () ได้รับ
7. ข้อมูลอื่นๆ ขอบเขตหลังออกนอกบ้าน และกลับบ้านไม่ถูก และทำตัวเป็นเงาคุณยาย		
สรุปผลการพิจารณา (ภาคีทั้ง 3 สรุปผลการพิจารณาและลงรายละเอียดความช่วยเหลือที่ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว)		
1. ภาคีสุภาพ	2. ภาคีสังคม	3. ภาคีสุมชน-ท้องถิ่น
พิจารณา การดูแลด้านสุขภาพที่จะจัดผู้สูงอายุและครอบครัว ระบุกิจกรรมการดูแลผู้รับผิดชอบความถี่ในการดูแล และระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. กระตุ้น ADL 2. เยี่ยมบ้านให้ความรู้เรื่อง Dementia แก่ญาติ/ชุมชน 3. ประสานทีมไตรภาคีให้การช่วยเหลือ	พิจารณา ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวว่าเข้าข่ายได้รับสิทธิและความช่วยเหลือจากองค์กรปกครอง/องค์กรทางสังคม เป็นกรณีพิเศษหรือไม่ () ไม่เข้าข่าย (/) เข้าข่าย ระบุ ประเภท/ระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. ปรับปรุงห้องน้ำ 2. ปรับทางเดินภายในบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เดินไปมาอย่างปลอดภัยในบ้าน 3. ปรับปรุงรั้ว ป้องกันเดินหายออกนอกบ้าน	พิจารณา การดูแลเกื้อกูลผู้สูงอายุเข้าข่ายได้รับสิทธิและความช่วยเหลือการดูแลในชุมชนโดยชุมชน/จิตอาสา เป็นกรณีพิเศษหรือไม่ () ไม่เข้าข่าย (/) เข้าข่าย ระบุ ประเภท/ระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. อยู่เป็นเพื่อน 2. ดูแลป้อนข้าว 3. ช่วยอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ
รายชื่อทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น (วันเดือนปีที่ประเมิน.....)		
ลงชื่อผู้ประเมิน พว.....	ตำแหน่ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ลงชื่อผู้ประเมิน น.ส.....	ตำแหน่ง	อปท.
ลงชื่อผู้ประเมิน นาย.....	ตำแหน่ง	ผู้ใหญ่บ้าน
ลงชื่อผู้ประเมิน นาง.....	ตำแหน่ง	อสม./CG

2.3 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล^{8,9}

2.3.1 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล

2.3.2 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา จอหอโมเดล

2.3.1 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล

หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้อย่างอิสระ ได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้สูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการปัญหา เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เหมาะสม และดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนการดูแลรายบุคคลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นเครื่องมือที่ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเขียนแผนนั้น **ขั้นตอนแรก** คือ การกำหนดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นบุคคลพึงพิง กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย การกำหนดเช่นนี้ นำมาซึ่งการกำหนดการให้ความช่วยเหลือ เพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นประเมินสภาพด้านต่างๆ ตามหลัก “A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N”¹⁰ คือ การประเมิน (ADL) ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (BPSD) การประเมินด้านการรู้คิด (Cognition) เรื่องยา (Drug) สภาพแวดล้อม (Environment) ครอบครัวผู้ดูแล (Family and caregivers) เป้าหมายการดูแล (Goal) การประเมินด้านสุขภาพทั่วไป (Health) เรื่องกฎหมาย (Legal) การเงิน (Money) และระบบเครือข่ายการดูแล (Network) ดังนั้นในการเขียนแผนการดูแลรายบุคคลจึงได้รับการออกแบบเพื่อนำไปใช้ร่วมกันในส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข และภาคประชาชน ภายใต้การจัดการดูแลระบบของ DT CM ซึ่งเสนอแผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะอนุกรรมการฯ ให้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะอนุกรรมการฯ ได้รับการแต่งตั้งจากไตรภาคีทั้ง 3 ภาคส่วนและแผนดังกล่าวได้ถูกนำไปปฏิบัติโดย caregiver ซึ่งได้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย อย่างน้อย 70 ชั่วโมง โดยมี DT CM ควบคุมกำกับ

กรณีศึกษา แผนการดูแลรายบุคคล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพศหญิง อายุ 84 ปี สถานะหม้ายสามีเสียชีวิตไปเมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีบุตรชาย 1 คน ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับบุตรชายและสะใภ้ ซึ่งตัวบุตรชายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ตอนกลางวันผู้สูงอายุต้องอยู่กับสะใภ้ซึ่งต้องดูแลลูกอายุ 1 ขวบ และ 3 ขวบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเริ่มมีอาการหลงลืม ชอบเอาอุปกรณ์ทำสวนไปวางไว้แล้วหาไม่เจอ แล้วหาว่ามีคนมาขโมยไป ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อย ญาติเข้าใจว่าเป็นเพราะความสูงอายุจึงมีภาวะหลงลืม ระยะหลังผู้สูงอายุไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ชอบพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ จำคนใกล้ชิดไม่ได้ ลืมการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง เช่น ไม่สนใจในการอาบน้ำ มีปัญหาการรับประทานอาหารคนเดียว เดินหลงทางกลับบ้านไม่ถูก เพื่อนบ้านต้องพามาส่ง ผู้สูงอายุเคยเดินหลงเข้าไปในบริเวณสวนปาล์มข้างบ้าน และญาติหาไม่พบ ต้องให้เพื่อนบ้านช่วยตามหา ผู้สูงอายุรายนี้ได้เข้าสู่ระบบการดูแลและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งระยะหลังญาติตัดสินใจไม่ไปรับยาต่อเนื่องจากยามีราคาสูงและในแต่ละครั้งที่ต้องพาผู้สูงอายุไปรับยาต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการเดินทาง อีกทั้งบุตรต้องลงงานบ่อยครั้งทำให้มีผลกระทบกับการทำงาน ญาติจึงได้รับคำแนะนำให้พาผู้สูงอายุเข้าทำกิจกรรมที่ day care คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

การวางแผนการดูแลรายบุคคลตามกระบวนการพยาบาลรวมกับการเขียนแผนการดูแลรายบุคคลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามหลักการ “A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N”

Assessment	Nursing Diagnosis	Planning	Implementation	Evaluation
A: (Activity of daily living) ช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วน ADL: 10/20 ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูงไม่ได้ เช่น ไปจ่ายตลาด ขึ้นรถ	การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด	จัดสิ่งของเครื่องใช้ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรได้เอง ผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ และดูแลให้ผู้สูงอายุทำอย่างปลอดภัย	ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ค่าคะแนน ADL = 10 IADL = 0

Assessment	Nursing Diagnosis	Planning	Implementation	Evaluation
โดยสาร ทำธุรกรรม ต่างๆ ไม่ได้				
B: (BPSD) กลางคืนไม่นอน พูดคนเดียว คิดว่ามี คนมาขโมยของของ ตัวเอง	- นอนไม่หลับ เนื่องจากความ บกพร่องของระบบ ประสาท -เสี่ยงต่อการทำร้าย ผู้อื่น	ลดปัญหา สุขภาพจิตและ พฤติกรรม	การรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยการปรับพฤติกรรม ปรับสิ่งแวดล้อมหรือ ใช้ยาหากมีข้อบ่งชี้ หากิจกรรมให้ทำ อธิบาย หรือเบี่ยงเบน ความสนใจไม่ทะเลาะ กับผู้สูงอายุ ส่งเสริม สุขภาพและการ นอนหลับของผู้สูงอายุ	มีพฤติกรรม เหมาะสม ไม่มี ภาวะซึมเศร้า ไม่คิดทำร้ายผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับ คนอื่นเหมาะสม
C: (Cognition) เดินหลงทาง ไม่อาบน้ำ จำคนใกล้ชิดไม่ได้	เพิกเฉยต่อตนเอง เนื่องจากความรู้คิด บกพร่อง	ชะลอความเสี่ยง ของการรู้คิด	ฝึกกิจกรรมกระตุ้น สมอง ฝึกการจำวัน เวลา สถานที่ การจำ หน้าคน	ความรู้คิด เหมาะสมกับ ระยะเวลาของโรค ค่าคะแนน MMSE 3 คะแนน การทำกิจกรรม กระตุ้นสมอง เหมาะสม
D: (Drug) ผู้สูงอายุ ไม่ได้รับประทานยา ประจำตัว	-	-	-	-
E: (Environment) สภาพบ้านพื้นปูนชั้น เดียว ไม่มีรั้ว บริเวณ รอบๆ บ้านเป็น สวนยางและสวน ปาล์ม	สภาพแวดล้อมไม่ เหมาะสม เสี่ยงต่อ ความปลอดภัย ของผู้สูงอายุ	ให้มีความปลอดภัย ทั้งในบ้าน และ นอกบ้าน รวมทั้ง บริเวณชุมชน	ปรับสภาพแวดล้อม มีรั้วกัน แก้วจุดที่มี ความเสี่ยงและเป็น อันตรายต่อผู้สูงอายุ จัดเก็บอุปกรณ์ที่เป็น อันตรายให้มีขีด	ได้รับการปรับ สภาพบ้าน เหมาะสม มีรั้ว ล้อมรอบบ้าน
F: (Family and caregivers) ผู้ดูแลหลัก คือ สะใภ้ คอยจัดหา	กระบวนการเผชิญ ปัญหาของครอบครัว ถูกรบกวนครอบครัว	ลดภาระหรือ ปัญหาจากการดูแล	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และระยะเวลาการ ดำเนินโรค แนวทางการรักษา	ครอบครัวเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและ มีการวางแผน การจัดการดูแล

Assessment	Nursing Diagnosis	Planning	Implementation	Evaluation
อาหารให้ ซึ่งสะใภ้ก็ต้องดูแล บุตรของตนเองที่ยัง เล็กด้วย	มีความรู้สึกเป็น ภาระ		หาแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุน	ผู้ป่วยเหมาะสม มีการขอความ ช่วยเหลือจาก แหล่งสนับสนุน ในชุมชน มีอาสาสมัคร caregiver แบ่งเบาภาระ การดูแล
G: (Goal) เป้าหมายการดูแล บุตรอยากให้ ผู้สูงอายุยังคง ความสามารถใน การช่วยเหลือตัวเอง และมีปัญหา ทางด้านพฤติกรรม และอารมณ์น้อยลง	ไม่ทราบเป้าหมาย การดูแล ตั้งเป้าหมาย การดูแลไม่เหมาะสม	ตั้งเป้าหมายการ ดูแลร่วมกัน ระหว่างทีม การดูแล ผู้สูงอายุ และครอบครัว	สอบถามถึงความรู้ และแนวทางการดูแล ของครอบครัว ให้ความรู้ถึงแนวทาง การดูแลที่เป็นไปได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ระยะการดำเนินของ โรคและการ เปลี่ยนแปลงในแต่ละ ระยะของผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมเมื่อ เข้าสู่ระยะท้าย วางแผนการดูแลแบบ ประคับประคอง	ผู้ดูแลเข้าใจและ ยอมรับสภาพการ เปลี่ยนแปลงของ ผู้สูงอายุ มีการ วางแผนการดูแล ในแต่ละระยะ
H: (Health) มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (diet control)	มีปัญหาโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	ส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ ให้ สามารถควบคุม โรคและป้องกัน การเกิดภาวะ แทรกซ้อนได้	ติดตามและประเมิน ภาวะสุขภาพประจำปี ให้ครอบคลุมในกลุ่ม อาการที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ ให้ได้รับ วัคซีนที่จำเป็น ส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ	มีการเยี่ยมติดตาม และคัดกรอง สุขภาพประจำปี ได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันไข้หวัดใหญ่

Assessment	Nursing Diagnosis	Planning	Implementation	Evaluation
L: (Legal)	ยังไม่ได้รับสิทธิ ผู้พิการ	เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการที่ควร ได้รับ	ช่วยเหลือและติดตาม ให้ได้รับสิทธิสวัสดิการ ที่ควรได้รับ	ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ ผู้พิการและเงิน ช่วยเหลือผู้พิการ
M: (Money) มีรายได้เพียงพอ เบี้ยยังชีพ บุตร อาชีพพนักงาน บริษัท	เสี่ยงต่อการเกิด ปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากมี ผู้หารายได้เพียง คนเดียว	แสวงหาแหล่งทุน ช่วยเหลือสนับสนุน	ติดตามให้ได้รับสิทธิ สวัสดิการที่ควรได้รับ	ได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ได้รับเงิน ผู้พิการ ได้รับเงิน สนับสนุนการดูแล จากกองทุน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพา (สปสช.)
N: (Network) เครือข่ายมีระบบ DHS	ระบบการดูแลที่ยัง ไม่ต่อเนื่อง	สร้างระบบการ ดูแลที่มีเครือข่าย การดูแลที่ เชื่อมโยงกัน ต่อเนื่อง และให้ เกิดความยั่งยืน	จัดตั้งคณะกรรมการ เครือข่ายการดูแล ผู้สูงอายุระดับอำเภอ ที่ประกอบไปด้วยภาคี เครือข่ายในหลาย ภาคส่วน มีการประชุม วางแผนการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และครบวงจร	มีระบบการดูแล สุขภาพระดับ อำเภอ ที่ทุกภาคี เครือข่ายมีส่วน เกี่ยวข้องรับผิดชอบ

ในการวางแผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกรณีนี้ DT CM ได้ดำเนินการร่วมกับญาติโดยได้มีการกำหนดเป้าหมายการดูแล ที่สอดคล้องกับแนวคิดในการดำรงชีวิตของญาติและผู้ป่วย การตอบสนองปัญหาความต้องการ กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตามแผน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการวางแผนที่มีภาคีเครือข่ายทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรส่วนท้องถิ่นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายยังเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทั้งในส่วนของการเยี่ยมติดตามและการเยี่ยมเสริมพลัง ซึ่งแผนที่วางไว้ DT CM ในพื้นที่ศรีรัฐนิคมโมเดล ได้มีการออกแบบขึ้นเป็นแบบบันทึกเพื่อให้กลุ่ม caregiver มีความสะดวกต่อการนำไปใช้ และง่ายต่อการติดตามกำกับการทำงาน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1 วันที่ 10 มกราคม 2560

ชื่อ-สกุล เลขบัตรประชาชน เกิดวันที่ 3 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2475	ที่อยู่ หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอสทิงพระ จังหวัด สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 08- ผู้ดูแล	วันที่ทำ 10 มกราคม 2560 (จัดทำครั้งแรก) วินิจฉัยADL = 10 สมองเสื่อม กลุ่ม ☐ คิดบ้าน ☒ สมองเสื่อม ☐ คิดเตียง ☐ ระยะสุดท้าย					
แนวคิดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	เป้าหมายการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวัง					
-ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ที่ผิดปกติ	-คงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน	-เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม					
-ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีภาวะพึ่งพา	-คุณภาพชีวิตดีขึ้น	-อาจเดินหลงทางได้					
-ความจำดีขึ้น	-สมรรถภาพสมองไม่แย่ง	-อาจเกิดอุบัติเหตุจากการหล่นล้ม เช่น ไฟไหม้					
ประเด็นปัญหาการดำรงชีวิต(ความต้องการ)	วันบรรลุเป้าหมาย	วิธีการป้องกันเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของครอบครัวและสังคม)					
-พูดน้อยลง ต้องช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน	6 เดือน	-สนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง					
-หลงลืมพูดซ้ำๆ จักคนใกล้ชิดไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด	1 เดือน	-กิจกรรมครอบครัวร่วมกันฟื้นฟูสมอง					
		-ปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย					
กำหนดการรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือ	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน
6.00 – 8.00	ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล,การใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยและครอบครัว (อาบนํ้า แต่งตัว รับประทานอาหารเช้าและยา) ยึดเยียดกล้านเมื่อบริหารร่างกาย						-อาบนํ้าแต่งตัว
9.00 - 12.00	CG เชี่ยมบ้านฟื้นฟูชะลอความเสื่อมสมอง	ชมรมเยี่ยมเสริมพลัง	ออกไปเยี่ยมปรับสภาพแวดล้อม	CG เชี่ยมบ้านฟื้นฟูฝึกสมอง	ครอบครัวช่วยเหลือฝึกทักษะกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน		-คู่มือ -รับประทานอาหาร -ฝึกเดิน
13.00 – 15.00	ครอบครัวฟื้นฟู นวดกล้ามเนื้อ						
16.00 – 17.00	ร่วมทำกิจกรรมในครอบครัว กระตุ้นสมรรถภาพสมอง						
18.00 – 19.00	ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล,การใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแล(อาบนํ้า แต่งตัว รับประทานอาหารเช้าและยา)						
20.00 - 22.00	สวดมนต์ ไหว้พระ,รับประทานยาก่อนนอน, เข้านอน						
ขอรับงบประมาณรายปีสำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นเงิน 5,000 บาท / ปี		ข้าพเจ้านี้เห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้					
ผู้จัดทำ Care Plan(CM)		ลงชื่อ.....					
(นางสุวรรณี นิตยจิตร)		(นางราตรี อ้อลอย)					
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(CG)							

2.3.2 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: กรณีศึกษา จอหอโมเดล

เมื่อ DT CM รวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวแล้ว จะวางแผนการดูแลเป็นรายๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น หากมีผู้ป่วย BPSD จะส่งพบแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิและพิจารณาให้การดูแลรักษา โดยเฉพาะประเด็นการใช้ยา ส่วนประเด็นที่ไม่ใช้ยาจะพูดคุยกับผู้ดูแลว่าดูแลอย่างไรและให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุชอบตื่นมานั่งพับผ้าเวลากลางคืน สอบถามญาติถึงการแก้ไขปัญหาคือ ให้ผู้สูงอายุทำเท่าที่ทำได้ ไม่ดุด่า หรือขัดขวาง ผู้สูงอายุลืมที่ไว้ของ คิดว่าลูกสาวขโมยของไป ลูกสาวจะจัดข้าวของให้เป็นระเบียบ เก็บของที่ผู้สูงอายุถามหาบ่อยๆไว้ที่มองเห็นและบอกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุชอบหนีออกนอกบ้าน ญาติจะนำผ้ามาปิดประตูทำให้มองไม่เห็นประตู ผู้สูงอายุคิดว่าภรรยาหนีเมื่อออกนอกบ้าน ภรรยาแก้ไขโดยจะบอกผู้สูงอายุทุกครั้งที่ออกนอกบ้านว่าไปไหนและรีบกลับ ในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้นจะแนะนำผู้ดูแลให้พาผู้สูงอายุเข้าคลินิกสมองเสื่อมวันพฤหัสบดีช่วงเช้า ในรายที่ญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลจะให้คำแนะนำการดูแลเพิ่มเติม นอกจากนี้ในชุมชนจะช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หากเห็นเดินออกนอกบ้าน จะพากลับบ้าน และแจ้งญาติ หรือหากอยู่ไกลจะแจ้งเทศบาลเพื่อนำรถรับส่งกลับบ้าน

กรณีศึกษา

ผู้สูงอายุหญิง อายุ 85 ปี โรคประจำตัว HT รับประทานยาคีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ ปัจจุบัน diet control ไม่มียา ตอนกลางคืนไม่นอนชอบตื่นมาพับผ้า ลืมที่ไว้ของคิดว่าลูกสาวขโมยของไป รูปแบบของ care plan มาจากการประเมินปัญหาและตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว ดังนี้

การประเมิน	อาการ/ ปัญหา	การวินิจฉัย	แผนการดูแล	วิธีปฏิบัติ	การประเมินผล
A: Activity of daily living ช่วยเหลือตนเองได้ดี ADL: 20/20 IADL: ทำอาหารไม่ได้, จ่ายตลาดไม่ได้ ขึ้นรถโดยสารเองไม่ได้ B: Behavior and psycho ตอนกลางคืนไม่นอน ตื่นมานั่งพับผ้า คิดว่าลูกสาวขโมยของไป C: Cognition สัมผัสที่ไวของ E: Environment บ้านชั้นเดียว ข้าวของเป็นระเบียบ เรียบริ้ว ปลอดภัย แสงสว่างห้องน้ำ เหมาะสม F: Family and caregiver บุตรสาวคอยดูแลจัดอาหารและยาให้ พามาตรวจรับยาสม่ำเสมอ G: Goal บุตรสาวอยากให้แม่สุขภาพแข็งแรง H: Health โรคความดันโลหิตสูง (diet control) L: Legal บุตรสาวดูแลไม่มีปัญหาประเด็นกฎหมาย	1. ไม่นอนชอบตื่นมานั่งพับผ้าตอนกลางคืน 2. สัมผัสที่ไวของคิดว่าลูกสาวขโมยของไป	1.dementia with BPSD	1.รักษาอาการ BPSD 2.เข้าใจและสามารถดูแลรับมือ แก้ไขปัญหาได้ 3.ฟื้นฟูด้านกายภาพจิตใจ และการรู้คิด	1.ส่งปรึกษาแพทย์ Medication 1) haloperidol 2) amitriptylin non-med -พูดคุยแนวทางการจัดการปัญหาเกี่ยวกับลูกสาว -ให้คำแนะนำการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม -การจัดเวลาเข้านอน -การสนับสนุนการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง -สนับสนุนการฝึกทำกิจกรรมที่บ้าน (การบ้าน) จากคลินิกสมองเสื่อม 2.เข้าร่วมกิจกรรมคลินิกสมองเสื่อมวันพฤหัสบดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล	1.ประเมินอาการ BPSD การนอนหลับ 2.ประเมินอาการข้างเคียงของยา 3.ประเมินการร่วมทำกิจกรรมในคลินิกสมองเสื่อม 4.ประเมินศักยภาพผู้ดูแล (ภาระ ความเครียด การเจ็บป่วย)

การประเมิน	อาการ/ ปัญหา	การวินิจฉัย	แผนการดูแล	วิธีปฏิบัติ	การประเมินผล
M: Money รายรับ จากเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ บุตรสาวที่ ดูแลอาชีพค้าขายไม่มี หนี้สิน สิทธิการรักษา พยาบาลผู้สูงอายุ N: Network ระบบ การดูแล รับบริการที่หน่วย บริการปฐมภูมิศูนย์ แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ หน่วยบริการ รับส่งต่อ รพ.มหาราช นครราชสีมา					

เรื่องเล่าชุดที่ 3 บทบาทของ DT CM ในการให้คำปรึกษา/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ และในการประสานการสนับสนุนการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม

3.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ)^{11,12}

3.1.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล

3.1.2 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา บ้านฝางโมเดล

3.2 การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย: กรณีศึกษาศิริรัฐนิคมโมเดล¹³

3.3 การเขียนขอรับการสนับสนุนงบประมาณ: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล¹⁵

3.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ)^{11,12}

3.1.1 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้สูญเสียความสามารถในด้านความคิด ความรู้ ความจำ การตัดสินใจ และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งในระยะต่อมาส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในระยะยาว ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลได้ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงของโรคแต่ละระยะมากน้อยต่างกัน การให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงมีเป้าหมายและให้ความเน้นหนักการดูแลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งระยะสมองเสื่อม หรือระดับความรุนแรงของโรค และเป้าหมายการดูแลในแต่ละระดับ

ระยะสมองเสื่อม หรือระดับความรุนแรงของโรค	เป้าหมายการดูแล
ระยะเสื่อมเล็กน้อย (early dementia) ผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หลงลืมเล็กน้อย อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน	1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง 2. การจัดเตรียมผู้ดูแลหลักและรองเนื่องจากเป็น การดูแลที่ยาก ซ้ำซ้อน ยาวนาน ต่อเนื่อง 3. การวางแผนร่วมกันกับญาติผู้ดูแลในระยะยาว ในเรื่องสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย การเตรียมตัวระยะท้ายของชีวิต
ระยะเสื่อมปานกลาง (moderate dementia)	1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 2. การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ระยะสมองเสื่อม หรือระดับความรุนแรงของโรค	เป้าหมายการดูแล
สามารถช่วยตัวเองได้น้อยลงความสามารถด้านความจำไม่ดีเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้	3. การคงไว้ซึ่งชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี 4. การวางแผนจัดการในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วม 5. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป และความเครียด ของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายจิตของผู้ดูแล
ระยะเสื่อมรุนแรง (severe dementia) ช่วยตัวเองไม่ได้ ความสามารถด้านความจำไม่ดีมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้	1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 2. การให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 3. การเตรียมตัวก่อนตายให้เป็นการตายที่ดี (Good death)

การแบ่งระดับชี้้นำการวางแผนการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงบทบาทของ DT CM ที่ต้องวางแผนดำเนินการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดูแลแก่ครอบครัวและญาติให้เหมาะสมกับระยะของสมองเสื่อม จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า ความเครียดและวิตกกังวลของครอบครัวในการดูแลขึ้นอยู่กับระดับความรู้ความเข้าใจการดำเนินของโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค การขาดความรู้ความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวมากเท่าใด ระดับความเครียดและวิตกกังวลก็จะมากขึ้นเท่านั้น บทบาทของ DT CM ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแลจึงต้องเป็นบทบาทผู้ให้ข้อมูลฝึกทักษะการดูแล และสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลให้สามารถจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้รวมทั้งต้องเสนอแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่จำเป็นให้แก่ผู้ดูแลได้

กรณีศึกษา	แนวทางการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล
กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (early dementia) ผู้สูงอายุหญิง อายุ 69 ปี ญาติมาขอคำปรึกษา เนื่องจากมีความผิดปกติไปจากเดิม มีอาการหลงลืมบ่อยในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาลืมชื่อเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง พูดเรื่องเดิมซ้ำๆ ผู้ป่วยรายนี้ญาติมาขอคำปรึกษาโดยไม่มีความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเลย ดังนั้นเมื่อประเมินระดับความเครียดจึงพบว่า ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alzheimer และได้เข้ารับการรักษามาแล้ว	1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิด อากาโรและอาการแสดง 2. แนะนำการจัดการปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (บทที่ 3) 3. การให้ข้อมูลและวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้า สู่ระยะต่างๆ ทั้งในเรื่องสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนตาย 4. ให้ข้อมูลด้านแนวทางการรักษาทั้งแนวทางการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ดูแล

กรณีศึกษา	แนวทางการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล
แบบใช้ยา และไม่ใช้ยาโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม day care ที่โรงพยาบาลศิริราช	5. ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ครอบครัว ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อสงสัย
กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมปานกลาง (moderate dementia) ผู้สูงอายุหญิงอายุ 73 ปี รักษาภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยจากคลินิกแพทย์ ญาติมาขอคำปรึกษาเนื่องจากกระยะหลังผู้ป่วยเริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น มีอาการเฉยเมย ไม่พูดกับคนใกล้ชิด มีอาการหงุดหงิด กลางคืนไม่นอน สับสนเรื่องวันและเวลา การประเมินพบ สมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นอยู่ในระยะปานกลาง ญาติมาขอคำปรึกษาด้วยอาการอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น	1. ให้ข้อมูล ทางด้านปัญหาพฤติกรรมและแนวทางแก้ไข (บทที่ 3) 2. ประเมินความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล 3. แนะนำการดูแลส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน และการคงไว้ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองของผู้ป่วย 4. แนะนำและเป็นผู้ช่วยประสานแหล่งช่วยเหลือแบ่งเบาภาระการดูแล เช่น การนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มกิจกรรมกลุ่ม day care, การฝากดูแลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) 5. การจัดทำ support group เพื่อการถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลและแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลซึ่งกันและกัน
กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมรุนแรง (severe dementia)	1. การวางแผนการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานร่วมกับผู้ดูแล 2. ให้คำปรึกษาวางแผนการให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) 3. เป็นผู้ช่วยประสานหาแหล่งช่วยเหลือแบ่งเบาภาระการดูแลกับญาติ เช่น การใช้บริการรับจ้างผู้ช่วยบริบาล การฝากดูแลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) เป็นครั้งคราวเมื่อรู้สึกเหนื่อยล้ามาก 4. การให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมการดูแลในระยะท้าย เพื่อให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางกายอื่น โดยเป็นการดูแลทั้งผู้เจ็บป่วยและผู้ให้การดูแล ตัวผู้สูงอายุนั้นต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณด้วย สำหรับผู้ดูแลนั้นเป็นบุคคลความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลเองก็ต้องแบกรับภาระการดูแลในระยะยาว อันเป็นทุกขภาวะ ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและใจผดผกติ ดังนั้นจึงต้องการการดูแลทั้งจิตใจและร่างกายเพื่อให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้ การให้คำปรึกษา โดยการให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์มากพอ การสร้างกลุ่ม

การช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างผู้ดูแล รวมไปถึงการช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล จึงเป็นบทบาทสำคัญของ DT CM

3.1.2 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล: กรณีศึกษา บ้านผางโมเดล

การให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง (early - to- moderate dementia)

คุณตาอายุ 76 ปี มีปัญหาเก็บสะสมของ/ขยะ (hoarding) ไว้ในห้องนอน คุณตาอาศัยอยู่กับลูกสาวและลูกเขยที่ออกไปทำงานนอกบ้านทุกวัน คุณตายุ่งบ้านเพียงลำพัง คุณตาจะเดินทั่วชุมชน เก็บขยะมาสะสมไว้ในห้องนอน ซึ่งในระยะแรกญาติไม่รู้ ด้วยคุณตาจะนอนชั้นบนของบ้านคนเดียว และญาติจะนอนอยู่ชั้นล่าง จนที่สวดขยะมีจำนวนมากกองโตเต็มห้องนอนและห้ามไม่ฟัง นอกจากนี้ยังมีปัญหาหลงลืมและหลงทาง เช่น เวลาไปซื้อของที่ร้านค้าชุมชน จะจ่ายเงินซ้ำแล้วซ้ำเล่า หรือออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก บางครั้งหลงออกนอกหมู่บ้าน คนในชุมชนต้องนำกลับมาส่งบ้านบ่อยๆ

ญาติมีความเครียดและรู้สึกเป็นภาระ จึงมาปรึกษา

แนวทางการดูแลญาติ โดย DT CM

ปัญหาการเก็บสะสมของ/ขยะ เนื่องจากไม่สามารถห้ามคุณตาในการเก็บขยะเข้าบ้านได้ DT CM จึงแนะนำญาติให้ปรับจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ให้ทำความสะอาดห้องนอน จัดที่เก็บขยะให้เป็นที่เป็นทางชัดเจน

ปัญหาหลงลืม DT CM ค้นข้อมูลให้กับชุมชน ขอความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะร้านค้ามีการขอความร่วมมือให้ความเป็นธรรม และพิทักษ์สิทธิให้คุณตา แนะนำ caregiver คอยช่วยเหลือเวลาคุณตาไปซื้อของ

ปัญหาหลงทาง DT CM กรณีจะหลงออกนอกหมู่บ้าน ประสานขอความร่วมมือจากกลุ่มวัยรุ่นที่รวมกลุ่มคุยกันปากทางเข้าหมู่บ้านให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแจ้ง caregiver เพื่อพากลับ กรณีหลงทางในหมู่บ้านได้ประสานกับชุมชน ขอให้ชุมชนเป็นรั้ว และเพื่อให้การหลงทางจำกัดขอบเขต จึงร่วมกันทำนวัตกรรมเขาวงกต ให้คุณตาเดินวนอยู่ในบริเวณบ้าน 2 หลังของญาติมีรั้วติดกัน และมีประตูเชื่อมหากัน ที่คุณตาสามารถเดินไป-มาวนอยู่เช่นนั้น แก้ปัญหาการเดินออกนอกบ้านของคุณตา

การให้ความรู้ญาติในเรื่องโรค การดูแล และการสนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นมาก แต่ที่สำคัญกว่า คือ การทำให้ญาติยอมรับอาการที่เกิดขึ้นและยอมรับบทบาทการดูแล

การให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมระดับปานกลาง (moderate dementia)

คุณลุงอายุ 65 ปี คุณเหมือนจะปกติในสายตาชาวบ้านยังทำงานได้ตามปกติ คำประกันเงินกู้ให้เพื่อนบ้าน แต่ภรรยาเริ่มรู้สึกว่าสามีเปลี่ยนไปมากไม่อยากให้ไปคำประกันอีก จึงหาโอกาสเข้ามาเข้าสภากาชาดอีกปัญหาหนึ่งที่เป็นปัญหากับญาติมาก คือ ตอนกลางคืนไม่ยอมนอน จะลุกมาอุดรูตามผนังบ้าน คิดว่ามีตัวแมลงอยู่ในรูจะออกมา ต่อยคนในบ้าน จำเป็นต้องลุกขึ้นมาอุดรูทุกคืน ทั้งๆ ที่ภรรยาก็บอกว่ามันไม่มีแมลงอะไร ไม่เคยเห็นตัว มีแต่คุณลุงเห็นอยู่คนเดียว สิ่งที่ครอบครัวแก้ไขก่อนมาพบแพทย์ ก็คือ ปลอ่ยให้อุดรูไป ส่วนมากจะลุกมาอุด ตอนดึกๆ 6 หุ้ม ตี 1 ถ้ามีคนมาถามและห้ามปราม จะเป็นเรื่องคุณลุงจะพูดทั้งคืนและทะเลาะกันในครอบครัวพลอยไม่ได้นอนทั้งบ้าน อีกปัญหาหนึ่งที่นอกจากจะเป็นปัญหาของคนในครอบครัวแล้ว ยังเป็นปัญหาต่อสังคมอย่างมาก คุณลุงชอบไปหาปลาตอนเย็นจะไปเสียเบ็ดจับปลา ตอนเช้าจะไปเอาปลา คุณลุงก็จะตกเบ็ดได้ปลาทุกวันจนมีอยู่วันหนึ่ง ชาวบ้านมาโวยวายว่าคุณลุงโยมปลาจากเบ็ดของตน คุณลุงก็บอกว่าไม่ได้ขโมยมัน เป็นเบ็ดของคุณลุงทำตำหนิไว้แล้วจำได้ แน่นอนว่าเป็นเบ็ดของตนเอง ภรรยาต้องขอโทษชาวบ้าน และบอกว่าคุณลุงป่วยจำความไม่ได้ ชาวบ้านเข้าใจก็ไม่เอาความ เรื่องแบบนี้ ต้องทำความเข้าใจกับชุมชนด้วย จึงจะสามารถแก้ปัญหาได้

DT CM แนะนำให้คำปรึกษาและร่วมให้การดูแลกับครอบครัว ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อม ยอมรับในพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่นก็ปล่อยให้ทำ แต่คอยเฝ้าระวังเรื่องความปลอดภัยตลอด และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น
2. สำหรับเรื่องที่คุณลุงอุดรูตอนกลางคืน ที่ญาติบอกว่าถ้าห้ามไม่ให้อุดรู คืนนั้นจะทะเลาะกันทั้งครอบครัวพลอยไม่ได้นอนทั้งบ้าน ให้การขึ้นชมญาติที่แก้ปัญหาถูกจุด จึงปล่อยให้อุดรูต่อไป ทำให้ผู้ป่วยไม่หงุดหงิด ญาติได้นอนหลับพักผ่อนได้
3. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการหลับนอนให้ปรึกษา DT CM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ส่วนปัญหาไปขโมยปลาจากเบ็ดชาวบ้าน คำแนะนำ ให้ข้อมูลกับชุมชน เรื่องการเจ็บป่วยของคุณลุง และแนะนำญาติให้ไปหาปลาเป็นเพื่อนคุณลุง ส่วนเพื่อนบ้านที่ไปใส่เบ็ดให้รีบไปเก็บเบ็ดก่อนคุณลุงไปเอา

การให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมระดับรุนแรง (severe dementia)

ผู้สูงอายุชายอายุ 67 ปี เป็นคนขยันไปไร่ไปนาไม่เคยขาด เริ่มมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะอุปกรณ์ทางการเกษตรที่จะไปนา ลืมมีด ลืมจอบ แต่ยังไม่เป็นปัญหามากนัก ลืมก็กลับเข้าไปเอา ยังดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เผาถ่าน ทอดแห หาปูหาปลาได้ มีด จอบ เสียม ใช้แล้วลืมหากลับบ้าน ปี พ.ศ.2557 อาการหลงลืมมากขึ้น ขับรถจักรยานยนต์ไปนาตอนกลับจึงกลับเพราะจำไม่ได้ว่าขับอย่างไร ทำงานที่เคยทำไม่ได้ เคยทำนาได้ก็จำไม่ได้ว่าทำอะไร ภรรยาจึงพาไปถอนหญ้านา พาทำงานง่ายๆ ไม่ซับซ้อน คุณตาก็ถอนทั้งหญ้าถอนทั้งข้าวออกหมด เมื่อไปวัดมีเตรียมอาหารใส่ปันโตให้ ขากลับไม่นำปันโตกลับ รองเท้าที่ใส่ไปไม่เคยเอากลับมา แฉกไปใส่รองเท้าคนอื่นมา ทุกครั้ง บางครั้งก็ปั่นจักรยานของคนอื่นมา พ.ศ. 2559 (อายุ 72 ปี) จำสมาชิกครอบครัวไม่ได้ จำได้แต่ภรรยาคนเดียว มักมีอาการหงุดหงิด ถ้าอารมณ์ดีจะร้องเพลงลำนำพอง ด้วยว่าจะชอบเพลงนี้มาก เพราะในบทเพลงท่อนหนึ่ง “รักยุพินจนสิ้นลมปราณ” ภรรยาคุณตาชื่อ ยุพิน

DT CM แก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดย**แนะนำญาติ**ให้ซื้อวิทยุเล็กๆ หมอประจำบ้าน ก็อัดเพลงลำนำพองตลอดวัน เพื่อให้คุณยายไปเปิดวิทยุให้คุณตาดู ฟัง คุณตาพอใจมาก อารมณ์ดี นอนฟังไปเคาะจังหวะตาม ทำให้ภรรยาได้มีเวลาส่วนตัวมากขึ้น แต่ก็ได้ไม่นาน คุณตาก็เริ่มเบื่อใช้ไม่ได้ผล

ในระยะต่อมาคุณตาไม่ยอมอุจจาระในห้องน้ำ ชอบถ่ายอุจจาระในป่าละเมาะ หรือไปถ่ายอุจจาระหน้าบ้านคนอื่นที่มีต้นไม้ ในครั้งแรกที่มีการดูแลคิดว่าคุณตาอาจจะหาห้องน้ำไม่เจอจึงทำสัญลักษณ์ ติดห้องน้ำให้หาได้สะดวก แต่ก็ยังไม่ได้ผลยังมีพฤติกรรมเช่นเดิม สอบถามทราบมาว่า สมัยก่อนไม่มีห้องน้ำ คุณตาปวดอุจจาระต้องเข้าป่าละเมาะ DT CM **จึงวางแผนการดูแล**กับญาติและ **caregiver** ในการจัดการสิ่งแวดล้อมครั้งนี้ คุณยายผู้เป็นภรรยา ได้ต่อเติมบ้านออกมาด้านข้าง ทำห้องกันด้วยตาข่ายทำให้ญาติมองเห็นคุณตา ส่วนหนึ่งปูกระเบื้องวางเตียงนอนจัดเป็นระเบียบเรียบร้อย ข้างๆ เตียงติดตาข่ายกว้างประมาณเมตรเศษๆ ความยาวประมาณ 3 เมตร ซีกหนึ่งของห้องจะมีทรายปูหนาพอสมควร เวลาคุณตาปวดอุจจาระจะลงมาถ่ายที่พื้นทรายข้างๆ เสร็จแล้ว คุณยายก็จะเอากะละมังมาตักไปทิ้งเป็นการให้คำปรึกษาและร่วมกันแก้ปัญหาได้สำเร็จ ทำให้ครอบครัวพอใจเพราะเก็บได้ง่าย และดูแลคุณตาได้สะดวกขึ้น

เมื่อคุณตาเริ่มติดเตียงจะชอบกัดผ้าโดยเฉพาะเสื้อผ้าวที่ใส่ กัดจนขาดเป็นรูทุกตัว DT CM ให้คำแนะนำ ให้คุณยายเตรียมผ้าขนหนูผืนเล็ก ที่สามารถคล้องคอได้ ซักให้

สะอาดและนำมาให้คุณตากัดแทนเสื้อผ้าส่วน เติงนอน DT CM ประสานโรงพยาบาล เพื่อยืมเตียงมาให้คุณตา เมื่อคุณตามีแผลกดทับ มี caregiver เยี่ยมบ้านและทำแผลที่บ้านให้ทุกวันจนแผลหาย DT CM ติดตามเยี่ยมบ้าน สอนวิธีทำความสะอาดแผล เป็นพี่เลี้ยงให้ caregiver และให้กำลังใจญาติและครอบครัวที่ดูแลคุณตาต่อเนื่อง

3.2 การดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม¹³

บทบาท DT CM/DT CC ในการดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (advanced dementia) จะสูญเสียความจำทั้งหมด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ สูญเสียความสามารถด้านการสื่อสาร มีปัญหาด้านการนอน มีปัญหาข้อติดและการกลืน ตอบสนองต่อสิ่งรอบข้างน้อยลง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง และมักจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ ปอดบวม ไม่ได้เสียชีวิตจากภาวะสมองเสื่อม ภาระหลักจะตกอยู่กับญาติผู้ดูแลเพราะผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกกิจกรรม อาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ในระยะยาวผู้ดูแลจะเกิดอาการเหนื่อยล้า ส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากการดูแลที่หนัก และปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น DT CM /DT CC จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง วางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวให้ก้าวผ่านสถานการณ์นี้ได้ ต้องสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลทั้งหมด ขณะเดียวกันต้องคอยติดตามเยี่ยมประเมินผลการดูแล พร้อมให้การสนับสนุนญาติ/ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย และเสียชีวิตอย่างสงบ (good death) การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายและครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น¹⁴ ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย

1.1 อาการเจ็บป่วยและความไม่สุขสบายต่างๆ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายอาจมีอาการเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ จากปัญหาข้ออักเสบ กระดูกหัก แผลกดทับ แต่ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถบอกได้ถูกต้อง ทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิต และเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้นควรตรวจร่างกายผู้สูงอายุอย่างละเอียด หรือสังเกตจากอาการแสดง เช่น การรับประทานอาหาร และดื่มน้ำน้อยลง ร้องคราง กัดฟันแน่น เกร็งตัว เหงื่อออก กระสับกระส่าย และพฤติกรรมที่

เปลี่ยนไป เช่น สับสนมากขึ้น ตะโกน โดยไม่มีสาเหตุ ในกรณีนี้สงสัยว่าผู้สูงอายุมีอาการ
เจ็บปวด ควรพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษา

1.2 ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย
ทั้งจากโรคร่วมของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) โรคติดเชื้อ
ต่างๆ และยาที่ได้รับ อาการของภาวะเฉียบพลันอาจแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรม
เปลี่ยนแปลง เช่น ตะโกน ทำร้ายผู้อื่น ประสาทหลอน หรือนอนไม่หลับ การดูแลรักษา
ภาวะนี้คือ การแก้ไขสาเหตุที่พบ ในกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมาก ยาที่ใช้ได้ผล
คือ ยากลุ่ม antipsychotic ขนาดต่ำ

1.3 การปฏิเสธอาหาร (food refusal)

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายอาจรับประทานอาหารน้อยลง หรือไม่
รับประทานเลย เนื่องจากมีปัญหาการรับรสและกลืนน้อยลง ไม่รู้สึกกระหายน้ำ
ไม่สามารถใช้ช้อนส้อมในการรับประทานอาหารได้ กลืนลำบาก สัมผัสวิธีรับประทานอาหาร
หรือไม่สนใจที่จะรับประทาน ทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตและครอบครัวเกิดความ
ไม่สบายใจ การช่วยเหลือ คือ ประชุมอาหารให้รสจัดขึ้น ให้อาหารว่างบ่อยๆ ปรับอุปกรณ์
การรับประทานอาหารให้ใช้งานง่ายขึ้น ให้อาหารที่เป็นก้อนหรือแท่งที่ใช้มือหยิบจับได้ และ
ค้นหาสาเหตุของอาการเบื่ออาหาร ที่พอจะแก้ไขได้ เช่น ยา ภาวะซึมเศร้า เจ็บคอ
ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น ในกรณีที่ไม่มีพบสาเหตุของการไม่รับประทานอาหารตาม
ข้างต้น และมั่นใจว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมรายนั้นอยู่ในระยะสุดท้าย ควรอธิบายครอบครัวว่า
การไม่รับประทานอาหารของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้าย เป็นไปตามธรรมชาติ
ไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีทางเลือกอื่นที่ครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุได้ เช่น
ใช้น้ำลายเทียม ให้อมน้ำแข็ง ก้อนเล็กๆ หรือป้อนไอศกรีม ถ้าหากมีปัญหากลืนลำบาก
และสำคัญอาหาร ควรแนะนำให้ใช้อาหารข้นเหนียว ป้อนด้วยช้อนเล็กๆ เพื่อป้องกัน
สำลัก ควรอธิบายครอบครัว/ผู้ดูแล ให้เข้าใจว่า การให้อาหารทางสายยางไม่ได้ช่วย
ป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อ ไม่ช่วยยืดอายุ และไม่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ควรทำเฉพาะ
กรณีมีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่คาดว่าจะฟื้นตัวกลับมากินเองได้

1.4 การติดเชื้อ

การติดเชื้อของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้าย อาจเกิดจากปอดอักเสบ ภาวะ
ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียคุณภาพชีวิต และ
เกิดความทุกข์ทรมาน หากมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ควรพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษา
ที่เหมาะสม

1.5 ปัญหาการนอนหลับ

จัดบรรยากาศที่เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ลดการนอนตอนกลางวันจะทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้นในตอนกลางคืน ดูแลให้ตึมนมอุ่นๆหรือฟิงดอร์เบาๆ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย จัดให้ผู้สูงอายุเข้านอนตรงเวลา ปิดไฟให้แสงสลัว ผู้ดูแลควรนอนใกล้ๆ เพื่อให้รู้สึกอุ่นใจ ดูแลความปลอดภัยให้ผู้สูงอายุตอนกลางคืนจากสัตว์ตัวน้อยๆ เช่น มด ยุง ที่อาจกัดผู้สูงอายุได้ขณะนอน

1.6 ปัญหาข้อติด

ปัญหานี้จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมแบบสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถสนองตอบสิ่งเร้า และควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ควรสอนญาติให้ช่วยบริหารข้อเพื่อป้องกันการติดยึด

1.7 ปัญหาด้านการกลืน

เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ต้องได้รับการทดสอบเรื่องการกลืนอย่างต่อเนื่องพร้อมเรียนรู้เทคนิคการทดสอบการกลืน การออกแบบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการป้อนอาหาร และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะรับประทานอาหาร กรณีที่พบว่าผู้สูงอายุบกพร่องการกลืนอย่างสมบูรณ์ต้องประสานงานกับแพทย์ เพื่อพิจารณาใส่สายให้อาหาร

1.8 ปัญหาผิวหนังและแผลกดทับ (skin and pressure sore)

ในผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดอยู่บนเตียง มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะส่วนของร่างกาย ที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า เข้มก้นและข้อศอก ควรพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนให้ผู้สูงอายุบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง ควรใช้ผ้าขาวางเตียงช่วยในการพลิกตัว ไม่ลากตัวผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผิวหนังถลอก ควรจัดให้มีที่นอนลมหรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะนุ่ม เช่น ลูกโป่ง ถูมมียางใส่น้ำร้อนป้อนกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง หลังเช็ดตัวต้องซับผิวหนังให้แห้งโดยใช้ผ้าขนหนู ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ถ้าเกิดรอยแดงบนจุดที่มีการกดทับให้ใช้หมอนนุ่มรองตามจุดนั้น ๆ และนวดรอบป้อนกระดูกเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

1.9 ท้องผูก (constipation)

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลในระยะท้าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่ม opioid และสาเหตุอื่น ๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต การรักษาโดยให้ยาระบายทั้งชนิดรับประทาน เน้นบวทรวงหนัก หรือสวนอุจจาระ ควรแนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใย และการนวดเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

2. การดูแลระดับประคองจิตใจของครอบครัว

ในขณะที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายใกล้จะเสียชีวิต ควรอธิบายให้ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้าใจการพยากรณ์โรค บริกรษาหรือกับครอบครัวเพื่อให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุตามความต้องการที่เคยวางแผนร่วมกันไว้ก่อนหน้าี้ พร้อมทั้งระดับประคองจิตใจของครอบครัวตามความเหมาะสม สอบถามความต้องการของครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก รวมทั้งใช้วิธีการทางศาสนาที่ผู้สูงอายุและครอบครัวนับถือเข้ามาช่วยชี้ทางตามความเหมาะสม

3.2 การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย: กรณีศึกษาศิริรัฐนิคมโมเดล

ลุง พ. (นามสมมติ) เคยทำงานที่ไปรษณีย์ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ อาศัยอยู่กับป้าแดงซึ่งเป็นภรรยา มีลูก 2 คนทำงานที่กรุงเทพฯ ลุง พ. มีอาการหลงลืมมา 5-6 ปี หลังมีอาการเส้นเลือดในสมองตีบ ลูกพาไปรักษา ที่กรุงเทพฯ

2 ปีก่อน ลุง พ. มีประวัติเดินหลงทาง กลับบ้านไม่ถูก โชคดีที่มีกล้องวงจรปิดในหมู่บ้าน พอจะช่วยดูเส้นทางที่ลุงเดินหายไปได้ กว่าจะหาเจอก็มีดค่าแล้ว ป้าแดงถึงกับร้องไห้โฮ เมื่อหาลุง พ. เจอ ในสภาพที่มีรอยขีดข่วน หน้าตามอมแมม หิวโซ ทุกครั้งที่เจอ ป้าแดง ป้าแดงจะบอกว่า เหนื่อยจังแล้วเนี่ย? ไปไหนไม่ได้เลย ต้องเฝ้าลุงไม่ให้คลาดสายตา เจ้าหน้าที่เลยชักชวนให้ป้าแดงพาลุง พ มาที่ day care ป้าแดงบอกอยากพาไป แต่ลำบากเรื่องการเดินทาง ป้าขับรถยนต์ไม่เป็น ที่บ้านมีแต่รถจักรยานยนต์ ไม่กล้าให้ลุงนั่งซ้อนท้าย เจ้าหน้าที่เลยไปคุยกับปลัดเทศบาลตำบลท่าขนอน เพื่อขอรถรับ-ส่ง ลุง พ. ไปฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ลุง พ. มารับบริการที่ day care ได้ 3 เดือน ก็เริ่มมีปัญหาการทรงตัว เดินเซ หกล้มบ่อย ป้าแดงเลยไม่กล้าพามาอีกเลย ลุง พ. เริ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ไม่กล้าเดิน กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ บางคืนไม่ยอมนอน มีหุแว่ว ป้าแดงโทรปรึกษา DT CM บอกไม่ไหวแล้ว เหนื่อยเหลือเกิน ลูกก็อยากกลับมาช่วยดูพ่อ แต่ยังไม่สามารถย้ายมาได้ตอนนี้เลยชวนคุยว่าหาตัวช่วยดีมัยกะ ป้าแดงจะได้มีเวลาพักผ่อน โชคดีที่พี่เปิ้ลจิตอาสา เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ

ติดเตียงมาก่อน ป้าแดงเลยจ้างวานให้พี่เปิ้ลมาช่วยดูแลลุง พ. ในช่วงกลางวัน DT CM ช่วยประสานงานเรื่องยืมเตียง ที่นอนลม มาให้ ทำให้ป้าแดงมีความสุขขึ้น และได้มีเวลาพักมากขึ้น

ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ลุง พ. มีการติดเชื้อที่ปอด หายใจเหนื่อย แพทย์ต้องใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ลูกทั้งสองคนตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตหากพ่อมีอาการแยลง ขอกลับมาดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล ศิริรัฐนิคม ขอถอดเครื่องช่วยหายใจออก DT CM ประสานงานผู้บริหาร ขอรดโรงพยาบาลไปรับ ลูกทั้ง 2 คนต้องการให้เสียชีวิตในโรงพยาบาล ช่วงเวลาสุดท้ายในชีวิตของลุง พ. ทุกคนอยากให้ลุงไปอย่างสงบ ไม่รู้ใครรู้หรือกว่า ลุง พ. จะจากเราไปเวลาไหน แต่ดูจากสัญญาณชีพ ไม่น่าจะฟื้นคืนนี้ ป้าแดงอยากทำบุญร่วมกับ ลุง พ. เป็นครั้งสุดท้าย DT CM ช่วยนิมนต์พระมารับสังฆทานในห้องพิเศษ มีการสวดนำทางและกล่าวลากัน

ผ่านไป 3 วัน ลุงก็ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งๆที่สัญญาณชีพต่ำมาก ลูกทั้งสองคนต้องกลับกรุงเทพก่อนเพราะงานมาช่วงสั้นๆ ป้าแดงรู้สึกเป็นทุกข์ และสงสารลุง นั่งร้องไห้ตลอด DT CM ตัดสินใจคุยกับป้าแดง “ป้าว่าลุงคอยอะไรมัยคะ” ป้าบอก ถ้าป้าอ่านใจลุงออก ลุงคงอยากกลับบ้าน แต่ลูกสั่งไว้ให้ลุงอยู่โรงพยาบาลก่อน ถ้าตายแล้วค่อยเอากลับบ้าน เรียบอกไม่เป็นไรเดียว จะพาลุงกลับบ้านเอง ถ้าป้าแดงทำตามความปรารถนาของลุง จึ่งรายงานแพทย์เวรรับทราบ ขอรด ambulance ส่งลุงกลับบ้าน ไม่น่าเชื่อพอถึงบ้าน ลุงลืมตาได้เอง สีหน้าดูสดชื่นขึ้น แม้เป็นแค่ช่วงเวลาสั้นๆ แต่มันก็ทำให้ป้าแดงรู้สึกดีใจที่ตัดสินใจไม่ผิด พี่เปิ้ลมาช่วยดูแลตลอด และสั่งพี่เปิ้ลไว้ว่าถ้ามีปัญหาอะไรให้โทรหาได้ตลอดเวลา หลังส่งเวรเข้าเสร็จ ได้รับโทรศัพท์จากพี่เปิ้ล “ลุงเสียแล้วนะ ไปสบายเลย” ช่วยออกใบรับรองการตายให้ที เพราะลูกต้องใช้เป็นหลักฐานในการออกนอกพื้นที่ ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID- 19 เมื่อจัดการเรื่องหนังสือเสร็จ ก็ไปช่วยทำความสะอาด ป้าแดงเลือกชุดหล่อที่ลุงชอบ ยังคงน้ำตาซึมเวลามีคนมาแสดงความเสียใจ DT CM กอดให้กำลังใจ “ป้าทำดีที่สุดแล้ว หนูรู้ว่าลุงรับรู้ได้ ไม่มีใครจะรู้ใจลุงเท่าป้าแล้วค่ะ”

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากเรื่องเล่า

การดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากสมรรถภาพของสมองด้านการรู้คิดที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตาม DT CM ควรตระหนักและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทุกมิติ โดยมีการตั้งเป้าหมาย การดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมบุคลากรการแพทย์ ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล และครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชน การดูแลเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับ

ความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ใช้ชีวิตช่วงที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่าที่สุด อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก และจากไปอย่างสงบ

3.3 การเขียนขอรับการสนับสนุนประมาณ: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล¹⁵

การสร้างความยั่งยืนและความต่อเนื่องของระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร เป็นอีกบทบาทที่สำคัญของ DT CM ที่จะทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องบูรณาการเข้ากับการประจำและต้องอาศัยความร่วมมือของ ทีมสุขภาพ ทีมชุมชนและทีมสังคม ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเป็นวิธีหนึ่งที่จะเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ครบวงจรจากทีมสังคม งบประมาณส่วนใหญ่สามารถบูรณาการเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุทุกเรื่องไม่ได้แยกว่าต้องเป็นการดูแลเรื่องภาวะสมองเสื่อมอย่างเดียว แหล่งสนับสนุนงบประมาณที่สำคัญมีดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) DT CM สามารถขอสนับสนุนงบประมาณ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้จาก

1.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งก็คือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนั่นเอง ในแต่ละปีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการที่เป็นลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลเชิงรุก ตัวอย่างโครงการของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่สามารถของบประมาณจากกองทุนนี้ได้ เช่น โครงการรู้เท่าทันป้องกันสมองเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุกลุ่มบกพร่องระดับต้น โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “ผู้เชี่ยวชาญสมองเสื่อม” เป็นต้น

1.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) สป.สช. สนับสนุนงบประมาณนี้ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL < 11 คะแนน) คนละ 5,000 บาท ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีปัญหาการทรงตัว (กลุ่มติดบ้าน) กลุ่มสมองเสื่อม กลุ่มติดเตียง และกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ 2 อย่าง คือ

- ค่าจ้างเหมาจ่าย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver หลักสูตร 70 ชม.) ตามเกณฑ์ที่ สป.สช.กำหนด
- ค่าวัสดุ-อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.3 งบประมาณบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นงบประมาณที่ สป.สช. โอนให้โรงพยาบาลชุมชนทุกพื้นที่ ปีละ 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาท) DT CM สามารถเขียนโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละพื้นที่ ครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการในเรื่องต่อไปนี้ คือ

- การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุทั้งอำเภอ DT CM สามารถบูรณาการเรื่องการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการคัดกรองภาวะสุขภาพอื่นๆตามแนวทางของกรมการแพทย์ งบประมาณที่สามารถเบิกจ่ายได้คือ ค่าเอกสารแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น
- การพัฒนาศักยภาพ อสม./อผส.ในการใช้เครื่องมือคัดกรองก่อนลงพื้นที่ ค่าใช้จ่ายในงบประมาณที่สามารถเบิกจ่ายได้ คือ ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง และค่าคู่มือการใช้เครื่องมือคัดกรอง เป็นต้น
- การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL < 11 คะแนน) งบประมาณที่เบิกจ่ายส่วนใหญ่จะเป็นแฟ้ม care plan และ ชุดเอกสาร care plan รายบุคคล เพื่อบันทึกข้อมูลการดูแล ใช้สื่อสารในทีมการดูแล

2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) มีงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนอย่างยั่งยืน DT CM/ CM สามารถขอสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนสวัสดิการชุมชน ในการจัดทำโครงการลักษณะเดียวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/พื้นที่ เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ “รู้เท่าทัน ป้องกันสมองเสื่อม” โครงการ อผส.น้อย ดูแลสมองเสื่อม เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (ตามแบบฟอร์มและช่วงเวลา ที่กองทุนฯ กำหนด)
2. หลังจากได้รับงบประมาณอุดหนุนแล้วให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ

3. เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ DT CM ต้องรายงานผลการดำเนินงานและรายงานการใช้จ่ายงบประมาณตามโครงการที่ได้รับการอนุมัติ ให้กับหน่วยงานที่สนับสนุน

บทบาทของ DT CM/ CM ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัวระยะยาว ให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง **ต้องเป็นผู้ประสานสิบทิศ** และเข้าถึงงบประมาณในพื้นที่ สามารถของงบประมาณเพื่อจัดบริการหรือกิจกรรมที่สร้างเสริมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัว ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่มป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่สภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ทีมชุมชน และทีมสังคม

ในบทที่ 5 นี้ ได้นำเสนอบทบาท หน้าที่ของ DT CM ในการจัดการทั้งการจัดการระบบให้มีบริการดูแลอย่างครบวงจร และจัดการให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกระยะของความเจ็บป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องเล่าต่างๆ ที่นำเสนอประกอบจะฉายภาพมิติและบทบาทต่างๆ ที่พึงมีของ DT CM ให้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้เห็นว่า DT CM เป็นผู้มีความสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนพัฒนาและสร้างระบบให้เกิดขึ้น หรือเติบโตใหญ่ขึ้น ด้วยบทบาทและสมรรถนะของ DT CM ที่เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอนหรือให้ความรู้ และผู้ติดตามประเมินผลนั้น จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังประโยชน์ให้กับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร, วิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน Nurse case manager: roles of providing elderly dependent care in community.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560; 40:138-145.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ ;2559.
3. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM ระดับปฐมภูมิ: บ้านฝางโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
4. สุวรรณ นิยมจิตร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM ระดับทุติยภูมิ: ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา. 2563.
5. นวลพรรณ พิมพิสาร, ขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์, สยมพร ชูชีพ. ข้อมูลบทบาทของ DT CM ระดับตติยภูมิ: จอหอโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
6. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM/DT CC ในการจัดทำเครื่องมือ (Aging Illness Trajectory: AIT) เพื่อเตรียมข้อมูลเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การร่วมวินิจฉัย และการส่งต่อ. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
7. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM/DT CC การจัดการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี: บ้านฝางโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
8. พรรณทิพา นวลมุสิก. ข้อมูลบทบาทของ DT CM การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
9. นวลพรรณ พิมพิสาร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล: จอหอโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
- 10.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 4:27-35.
- 11.พรรณทิพา นวลมุสิก. ข้อมูลบทบาท DT CM/DT CC ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ): ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
- 12.กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลบทบาท DT CM/DT CC ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล (ครอบครัว/ญาติ): บ้านฝางโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
- 13.ผศ.วีณา ลิ้มสกุล. สุวรรณ นิยมจิตร. ข้อมูลบทบาท DT CM/DT CC การดูแลระยะท้ายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.

14. รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายของชีวิต ใน
วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(บรรณาธิการ). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อม Dementia: Prevention, assessment and care. กรุงเทพมหานคร:
ภาพพิมพ์; 2556.
15. สุวรรณ นิยมจิตร. ข้อมูลบทบาท DT CM ในการเขียนของปริมาณสนับสนุนระบบ
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.

บทที่ 6

เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และการนำใช้

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทั้งเครื่องมือในการพัฒนาระบบ และเครื่องมือที่ใช้ในระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบเป็นแผนที่กำกับปฏิบัติการพัฒนาหรือเป็นพิมพ์เขียวของการทำงาน ให้ลำดับได้ว่าเส้นทางการพัฒนาทั้งหมดมีกี่ขั้นตอน ขั้นตอนนั้นต้องการอะไร ใช้เครื่องมืออะไรและเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงอะไรบ้าง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในระบบมักเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการในระบบย่อยๆ ที่แสดงรายละเอียดการทำงาน คนทำงาน และข้อมูลที่ต้องการ ดังต่อไปนี้

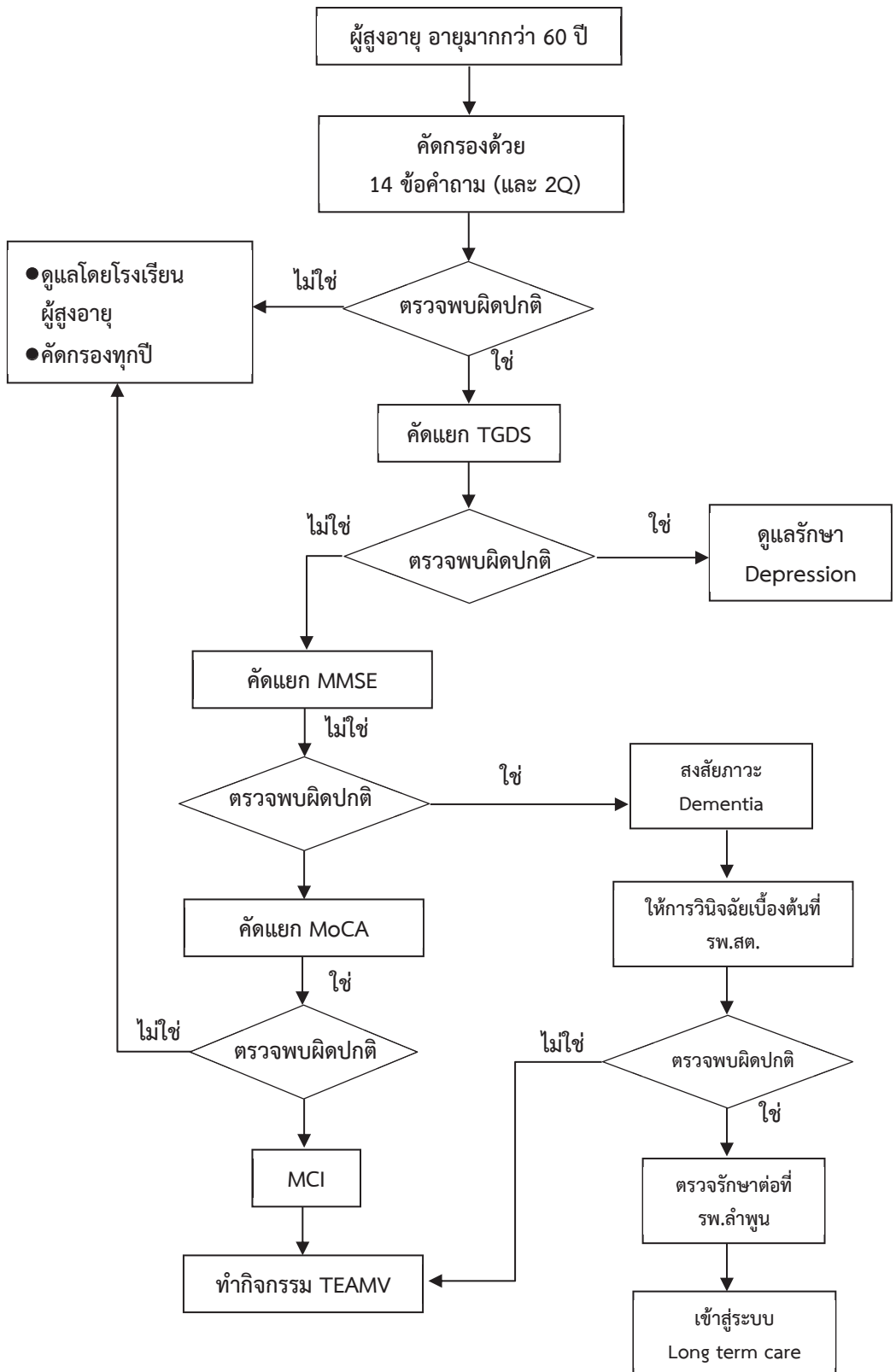
1. เครื่องมือที่ใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ผังไหล¹

ผังไหล (flow chart) แผนที่ปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จัดเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาระบบ เป็นพิมพ์เขียวของการทำงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเอกสารหนึ่งหน้าทำหน้าที่ให้แนวคิดของการพัฒนา เส้นทางการพัฒนาที่ลำดับเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติทั้งหมด มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และความสอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างกันที่ทำให้สามารถศึกษา ตั้งเป้าหมาย เข้าใจ และใช้เป็นแผนที่ปิกหมุดจุดที่กำลังดำเนินการได้ แผนที่ปฏิบัติการหนึ่งใบนี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือทำงาน และใช้ติดตามการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้นอกจากการกำกับแล้ว ยังใช้ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างกระชับเห็นลำดับและกิจกรรมที่จะเข้าร่วมได้ชัดเจน

ผังไหลหรือแผนที่ปฏิบัติการนี้มีทั้งผังไหลระบบทั้งหมด เช่น ผังไหลแผนที่ปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ภาพที่ 4.1 บทที่ 4) หรือผังไหลที่ใช้ในระบบย่อย เพื่อแสดงแผนปฏิบัติงานในกิจกรรมเฉพาะตัวอย่างเช่น ผังไหลซึ่งจะนำเสนอไว้ในเครื่องมือในระบบย่อยต่างๆ ตามลำดับ ในที่นี้จะนำเสนอผังไหลระบบการดูแลฯ กรณีศึกษาของจังหวัดลำพูนเป็นกรณีตัวอย่าง

กรณีศึกษา: ผังไหลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จังหวัดลำพูน²

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดลำพูน เป็นการผสมผสานแนวคิดตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว³ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบการดูแลมากขึ้น และได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม เริ่มจากการดูแลระดับ primary care โดยการคัดกรองและการคัดแยกจาก รพ.สต. ซึ่งอาศัยความร่วมมือจาก อสม. ที่ได้รับการอบรมการคัดกรองด้วย 2Q และ แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม จากนั้นในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะดำเนินการคัดแยกต่อยด้วยแบบสอบถาม TGDS, MMSE และ MoCA test โดย DT CM ขั้นตอนการคัดกรองและคัดแยกเป็นขั้นตอนทำให้ได้กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ในบริบทของอำเภอเมือง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลลำพูน สำหรับในอำเภอที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ รพ.สต. จะมีระบบให้ผู้สูงอายุไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ซึ่งเป็นการให้การดูแลในระดับ secondary care และประสานการส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อไปรับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลลำพูนต่อไป สำหรับในการดูแลระดับ tertiary care จะมีโรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลผู้สูงอายุทั้งในอำเภอเมือง และอำเภออื่นๆ โดยโรงพยาบาลลำพูนจะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ที่มีการส่งต่อจากคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อมาได้เพิ่มระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยอายุรแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการให้การวินิจฉัย การรักษา ทั้งในส่วนของการใช้ยาและไม่ใช้ยา นอกจากนี้ยังได้มีการคืนข้อมูลของผู้สูงอายุให้แต่ละพื้นที่ เพื่อให้การดูแลร่วมกับชุมชนโดยผ่านระบบ Thai COC ด้วย (ดังภาพที่ 6.1)



ภาพที่ 6.1 ผังไหลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จังหวัดลำพูน: ระดับ primary care

2. เครื่องมือที่ใช้ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: 3 ระบบย่อย

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มี 3 ระบบย่อยที่สัมพันธ์และต่อเนื่องกัน มีเครื่องมือที่ใช้หลากหลายเครื่องมือ จะนำเสนอบางเครื่องมือที่สำคัญ และลำดับตามระบบย่อย เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น คือ เครื่องมือในระบบการคัดกรองและคัดแยก เครื่องมือในระบบคัดกลุ่ม และ เครื่องมือในการดูแลต่อเนื่อง

2.1 เครื่องมือในระบบการคัดกรองและคัดแยก⁴

เครื่องมือในระบบการคัดกรองและคัดแยก จะแยกย่อยออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือในระบบการคัดกรองและเครื่องมือในคัดแยก

2.1.1 เครื่องมือในระบบการคัดกรอง การคัดกรองเป็นปฏิบัติการที่ต้องการความครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นการใช้กำลังคนผู้ที่เหมาะสมในการดำเนินงานจึงเป็น อสม. ที่ประจำในพื้นที่ ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้จึงต้องง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน และถ้าหากสามารถใช้สอบถามญาติร่วมได้ด้วย จะได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำมากขึ้น ในการพัฒนาที่ผ่านมาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรได้นำใช้เครื่องมือการคัดกรอง 2 เครื่องมือ คือ แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามและแบบประเมินสมอง AMT ในที่นี้จะนำเสนอการนำใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

แบบทดสอบความจำ 14 ข้อคำถาม เป็นแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำที่มี 14 คำถาม

(ภาคผนวก ที่ 1) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาความจำออกจากผู้ที่ปกติ การนำใช้ไม่ยุ่งยากจึงเหมาะที่จะมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา และ caregiver ดำเนินการได้ แต่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับแบบสอบถามวิธีการใช้ รวมถึงประโยชน์ มีการแนะนำข้อคำถามรายข้อ รวมทั้งความหมายอย่างละเอียด พร้อมอธิบายการให้คำตอบที่ถูกต้อง รวมทั้งการแปลงแต่ละข้อคำถามเป็นภาษาท้องถิ่นที่ได้ความเดิมจะช่วยการนำใช้ได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการใช้เครื่องมือที่สำคัญคือ

- ให้ผู้ประเมินทำความเข้าใจสิ่งที่ต้องประเมิน การให้คะแนน และการแปลผล ซึ่งมีความสำคัญยิ่ง และต้องมีการทำความเข้าใจ ผักผ่อน การใช้ให้ถูกต้อง จะช่วยในการควบคุมการคัดกรองให้ได้ผลแม่นยำขึ้น
- การใช้แบบประเมินสามารถใช้ถามญาติใกล้ชิดได้
- กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำให้สอบถามญาติแทน

เป้าหมายสิ่งที่ต้องประเมิน ของคำถามในแบบคัดกรองความจำ 14 ข้อคำถาม

ข้อคำถาม	กิจกรรมกิจกรรม	สิ่งที่ต้องการประเมิน/การตัดสิน
1	หาของใช้ในบ้านไม่พบ	ต้องเป็นของใช้ในชีวิตประจำวัน ที่ใช้อยู่ประจำ
2	จำสถานที่ ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้	ต้องเป็นสถานที่ไปบ่อยๆ ดังนั้นต้องรู้วิถีชีวิตผู้สูงอายุ พอสมควร เช่น ไปตลาด ไปวัด ทุกวันหรือบ่อยๆ
3	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม่จะ ตั้งใจทำ ซ้ำถึง 2 ครั้ง	ทบทวนหรือทำซ้ำงานถึงสองครั้ง ทั้งที่ตอนทำก็ตั้งใจจะ ทำจริงๆ เช่น ตั้งใจหุงข้าว ตั้งใจถือคפרตุ แต่ไป ตรวจสอบซ้ำถึง 2 ครั้ง
4	ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอา ออกไปนอกบ้านด้วย	เตรียมของไว้อย่างดี แต่ลืมเอาไป เช่น เตรียมปิ่นโตจะ ไปถวายพระวันพระ แต่ลืมเอาไป ไม่รวมการลืมเอา ปิ่นโตกลับเพราะอาจถูกเบี่ยงเบนจากกิจกรรมอื่น รวมทั้งเตรียมไว้ตอนเย็น ตอนเช้าตื่นสายลืมเอาไปด้วย
5	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือเมื่อสองสามวันก่อน	ได้รับหรือได้พูดนัดแนะ พูดย้ำกันเป็นเรื่องเป็นราว ตกลงกันเป็นมั่นเป็นเหมาะ แต่ลืมหมดจด
6	ลืมเพื่อนสนิท หรือญาติสนิท หรือ บุคคลที่คบหากันบ่อยๆ	จำคนที่เคยอยู่หมู่บ้านเดียวกันหลายๆ ปี ไม่ได้ จำคน ที่รู้จักกันคบหากันหลายปี มีกิจกรรมร่วมกันบ่อยๆ ไม่ได้
7	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องใน หนังสือพิมพ์ หรือวารสารที่อ่าน	เฉพาะคนที่อ่านหนังสือได้ ในคนที่อ่านไม่ได้ ให้ถาม การดูทีวี หรือภาพยนตร์ ตอนที่เคยดูด้วยกัน จะสรุปเรื่องที่ดูไม่ได้ หรือเข้าใจ คิดนาน ทั้งที่เรื่องนั้นตั้งใจดู หรือ ให้เล่าชีวิตประจำวัน ว่า ทำอะไรบ้าง จะไม่สามารถเล่าอย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องเป็นราวได้
8	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มา บอกอีกคนหนึ่ง	คนอื่นฝากมาบอกให้อีกคน รับปาก บอกว่าจะเจออยู่ แล้ว หรือเป็นคนบ้านเดียวกัน แต่มาถึงบ้านหรือผ่านคน นั้น ลืมบอก หรือ เจอแล้วลืมไม่ได้บอก
9	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่	ถาม พ.ศ. เกิด เอาปีนักษัตรได้ ที่อยู่ต้องได้เลขที่บ้าน หมู่อะไร ตำบลอะไร อำเภออะไร จังหวัดอะไร
10	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ ได้รับฟังมา	เขาเล่า เขาบอกมา แต่สับสนในรายละเอียด เช่น จำได้ ว่ามีประชุม เขาสั่งให้ทำ แต่จำไม่ได้ว่า ทำอะไร สับสน
11	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็น ประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ ที่ไม่น่าจะวางไว้	เก็บของไว้ที่หนึ่ง แต่ไปมอง ค้นหาผิดที่ ที่ไม่เหมาะสม หาถูกใจในตู้กับข้าว หาน้ำมันในตู้เย็น
12	ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิด อาการหลงทิศหรือหลงทาง	ไปวัด ไปตลาด หองทาง
13	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ซ้ำถึงสองครั้ง เพราะมีความ ผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาล	อาจสังเกต งานในชีวิตประจำวัน กิน อาบน้ำ เปลี่ยน เสื้อผ้า ทำมากกว่าปกติ และในเวลาอันไม่เหมาะสม

ข้อคำถาม	กิจกรรมกิจกรรม	สิ่งที่ต้องการประเมิน/การตัดสิน
	มากเกินไป ในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมห้าอีกครั้ง ซึ่งเมื่อ สักครู่เพิ่งได้หิวผมหเสร็จไป	
14	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อ สักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ	เล่าซ้ำเล่าซาก จำเจ โดยไม่รู้ว่าได้เล่าแล้ว

การให้คะแนน

- แต้ม 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรือ อาจเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี
- แต้ม 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรือ อาจเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน
- แต้ม 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรือ อาจเกิดขึ้น เกือบทุกสัปดาห์
- แต้ม 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น เกือบทุกวัน

การแปลผล

คะแนน ความจำที่มากกว่า 30 คะแนน จะถือว่ามีความจำไม่ปกติ และเข้าสู่อการคัดแยก (ตามต้นฉบับการใช้จะมีจุดตัดที่ 40 คะแนน แต่เมื่อนำใช้ในพื้นทีต่างๆ ในโครงการพัฒนา พบว่า ควรใช้ที่จุดตัด 30 เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเสียโอกาสในการรับการคัดแยกและดูแลรักษาต่อเนื่อง)

ข้อแนะนำเทคนิควิธีการในการประเมิน

- ควรฝึกการใช้ข้อคำถามแต่ละข้อ ด้วยความเข้าใจ
- ผู้ถามควรรู้ประวัติหรือวิถีชีวิตผู้ที่จะคัดกรองบ้าง (ประเมินคู่กับญาติ เพราะใกล้ชิดสังเกตเห็น)
- ในผู้ที่มีประวัติหลงลืม ควรขอให้มียาติรรมให้ข้อมูลด้วย
- ให้หลีกเลี่ยงหรือไม่ควรถามว่า “ลืม” อะไร แต่ให้สอบถามพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่ต้องการถาม และควรเป็นพฤติกรรมที่ทำทุกวัน
- ต้องถามความถี่กำกับด้วยทุกครั้ง เช่น คำถามข้อ 4 กรณีไปวัดทุกวัน ลืมเกือบทุกครั้งทีไปวัด คะแนนเท่ากับ 4
- ให้มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ในการสอน อสม.ทุกคน จะทำให้อสม. มั่นใจว่าเข้าใจและได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์
- การเน้นย้ำให้ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนทำการคัดกรองผู้สูงอายุทุกครั้ง และพิจารณาตัดสินโดย
 - ถ้าตอบ “ไม่มี” อาการที่ถาม ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ปกติ ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และ ให้ทำ การประเมินด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ต่อไป

- ถ้าตอบ “มี” อาการที่ถาม ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า **มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า** ไม่ต้องทำการประเมินด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม รายงาน DT CM ถึงสาเหตุที่ไม่ได้ประเมินด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

- DT CM ต้องจัดแบบคัดกรองให้สะดวกในการใช้ มีข้อมูลที่ต้องการ (2Q/14 คำถาม) อยู่ในแผ่นเดียวกันและก่อนหลังตามลำดับ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้

2.1.2 เครื่องมือในระบบการคัดแยก

การคัดแยกมีเป้าหมายเพื่อยืนยันและแยกแยะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐาน 3 ชุด คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 (ภาคผนวกที่ 6) แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (ภาคผนวกที่ 7) และแบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (ภาคผนวกที่ 8) โดยแบบประเมินหลังนี้เป็นแบบที่ใช้คัดออกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อาจมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบความจำและทำให้สมรรถภาพสมองถดถอย ซึ่งไม่เข้าข่ายที่จะวินิจฉัยความผิดปกติสมองได้

ลำดับการใช้ คือ ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน TGDS ก่อน กรณีที่พบภาวะซึมเศร้าหรือคะแนนที่ได้เท่ากับหรือมากกว่า 7 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก) ไม่ต้องทำการประเมินต่อ ส่วนผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะทำการประเมินการรู้คิดโดยเครื่องมือ MMSE จุดตัดที่กำหนดตามระดับการศึกษา จะสามารถคัดแยกผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมออก เพื่อเข้าการคัดกลุ่ม ส่วนที่ปกติตามคะแนน MMSE จะได้รับการทดสอบตามแบบประเมิน MoCA ที่มีค่าคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สำหรับคนที่เรียนมากกว่า 6 ปี) และบวกอีก 1 คะแนนสำหรับคนที่เรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี และตัดสินผู้ที่คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ตามแบบสอบถาม ไม่ใช่การวินิจฉัยโดยแพทย์ ซึ่งกลุ่มนี้เมื่อมีความชัดเจนเรื่อง MCI มากขึ้นจะขยายขอบเขตการวินิจฉัยต่อไปอีกได้

ข้อเสนอแนะ ในการใช้เครื่องมือการคัดแยก

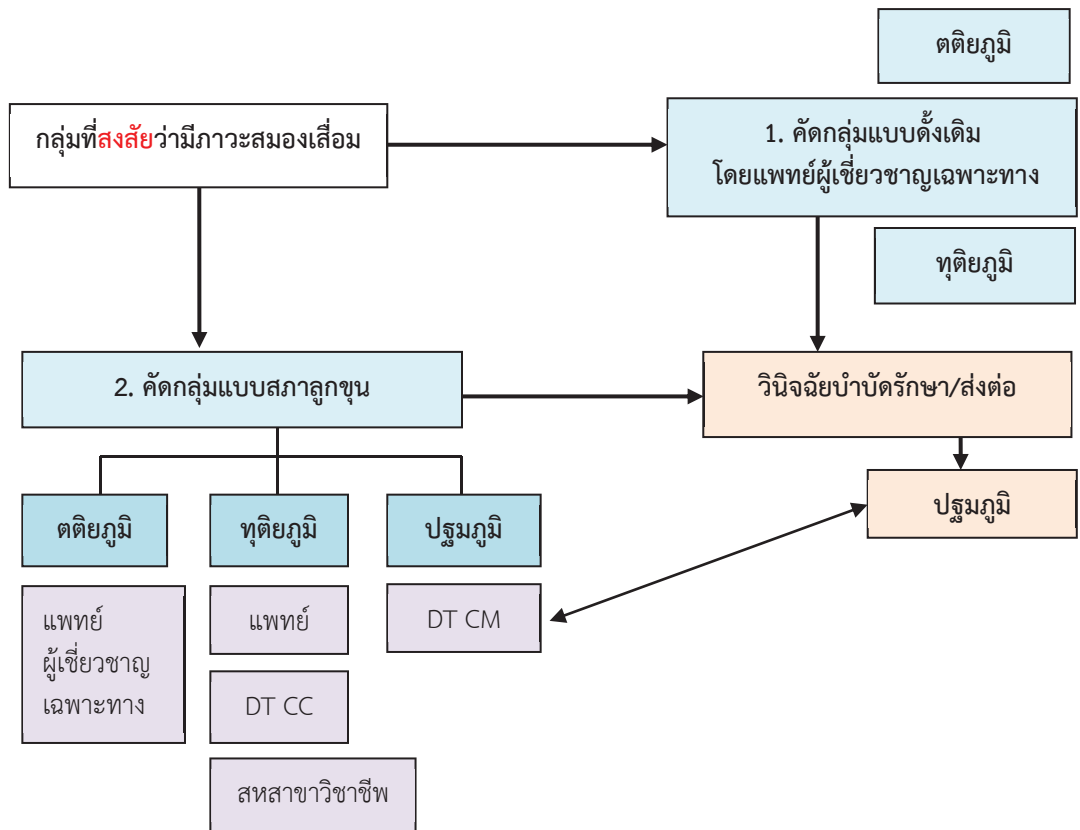
1. ผู้ประเมินต้องได้รับการอบรมให้รู้เป้าหมาย และวิธีการใช้แต่ละเครื่องมือ ผ่านการฝึกฝนการใช้แบบทดสอบทั้งหมด ฝึกการใช้อุปกรณ์/การจับเวลา ฝึกการให้คะแนนและการบันทึกอย่างถูกต้อง เพื่อให้การประเมินนั้นถูกต้องได้ผลมากที่สุด
2. ผู้ประเมินควรได้รับการให้คำปรึกษาโดยทีมหรือนักจิตวิทยาทันทีที่เกิดปัญหาหรือข้อสงสัยระหว่างการทำประเมิน จะได้แก้ปัญหาได้ทันที หรือ มีพี่เลี้ยงระหว่างการประเมิน
3. ผู้ประเมินต้องบันทึกรายละเอียดหรือคำตอบที่ได้ ลงในแบบประเมินไว้ทุกครั้ง เพื่อใช้ประกอบในการให้คะแนน หรือปรึกษาปัญหาเมื่อทำการบรรณาธิกรณข้อมูล
4. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ใช้ในการประเมิน เช่น นาฬิกา ดินสอ บางข้อคำถาม เช่น MMSE ที่ให้อ่านแล้วทำตาม เช่น หลับตา ต้องเตรียมตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่พอที่ผู้สูงอายุจะอ่านได้ หรือกระดาษขนาดใหญ่ที่วาดรูปทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ
5. มีการจัดเตรียมคู่มือการประเมิน แต่ละชุดที่ช่วยในการประเมิน สำหรับตัวอย่างการประเมินที่มีกผิดพลาด นำเสนอไว้ในภาคผนวกที่ 9

2.1.3 เครื่องมือในระบบการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา⁵

การคัดกลุ่มต้องการข้อมูลผู้สูงอายุที่จะเข้ากระบวนการคัดกลุ่ม ดังนั้นเครื่องมือที่เรียก AIT หรือ แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ⁶ จึงเป็นเครื่องมือบันทึกสรุปปัญหาสุขภาพสมองของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใช้ในการวินิจฉัยและบำบัดรักษา (ดูบทที่ 4 และบทที่ 5 บทบาท DT CM ในการคัดกลุ่ม การประเมินและการบันทึก AIT ประกอบ) และจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยหรือคัดกลุ่ม ทั้งการคัดกลุ่มแบบสกลูกขุนและแบบดั้งเดิม ด้วยเป็นแบบบันทึกประวัติสุขภาพผู้สูงอายุ ให้รู้วิถีคน วิถีโรค อย่างกระชับ ประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ ประวัติความผิดปกติด้านการรู้คิด ผลการประเมิน cognitive function/BPSD ADL/IADL การดูแล ผู้ดูแลและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ผู้บันทึกเครื่องมือ คือ DT CM และผู้ทำการวินิจฉัยจะใช้ข้อมูลในการคัดกลุ่ม

การคัดกลุ่มมี 2 รูปแบบ คือ แบบดั้งเดิมและแบบสกลูกขุน สำหรับเครื่องมือในการคัดกลุ่มนั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือในการประเมินสภาพสมอง (ตามแบบบันทึก AIT) ส่วนผังไหลจะช่วยในการบอกแนวทางการดำเนินงาน ในที่นี้จะนำเสนอการคัดกลุ่ม 2 รูปแบบ: แบบดั้งเดิมและแบบสกลูกขุน และการวินิจฉัยเบื้องต้น โดยทีมหมอครอบครัว

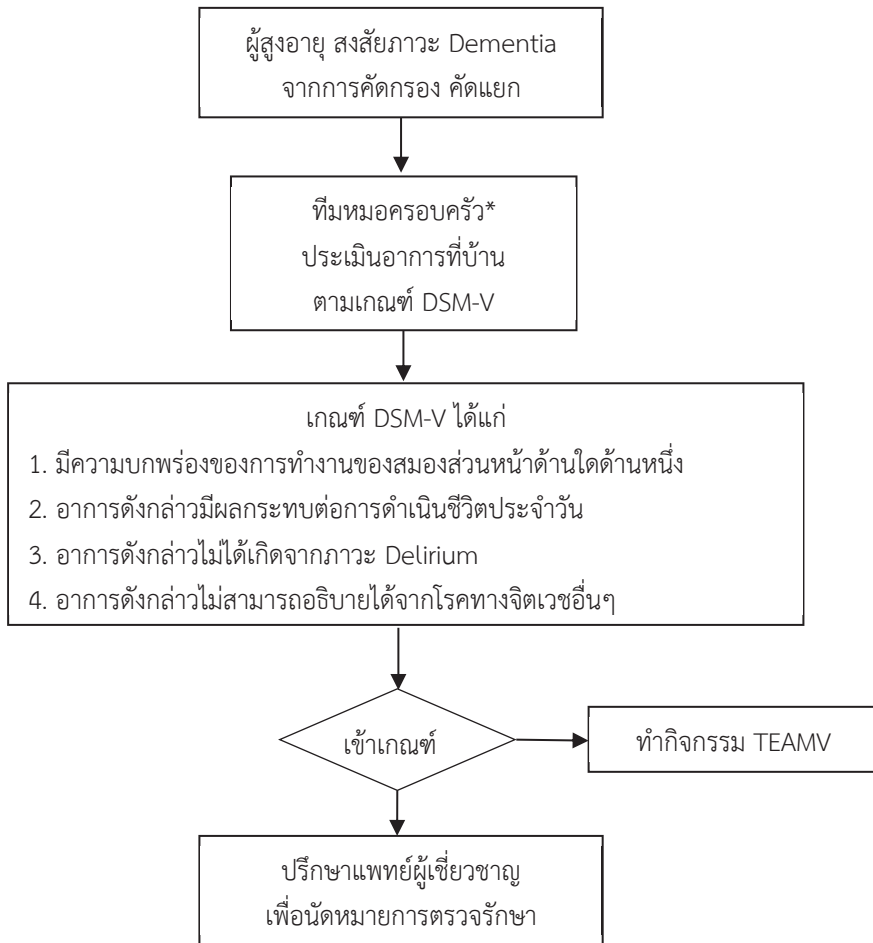
กรณีศึกษา: ผังไหลการคัดกลุ่ม 2 รูปแบบ



ภาพที่ 6.2 การคัดกลุ่ม 2 รูปแบบ: แบบดั้งเดิมและแบบสกลาสุกซุน

กรณีศึกษา: ผังไหลการคัดกลุ่มแบบ primary diagnosis^{2,3}

การคัดกลุ่มกลุ่มแบบ primary diagnosis เป็นกระบวนการวินิจฉัยเพิ่มเติม ดำเนินการในสถานบริการปฐมภูมิ ก่อนเข้ารับการวินิจฉัยแบบดั้งเดิม และรอการพัฒนาให้มีความชัดเจน ยังประโยชน์ในระบบการวินิจฉัยที่ต้องการให้มีการวินิจฉัยได้เองโดยแพทย์ในพื้นที่ การวินิจฉัยนี้เรียกว่า primary diagnosis ที่มีทีมหมอครอบครัว อันประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. ทำการวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อพิจารณาหรือ rule out ผู้ที่คาดว่าจะมีปัญหาคือ ที่อาจเป็นเหตุให้การรู้คิดเปลี่ยนแปลง โดยไม่ใช่สมองเสื่อมจริงเพื่อให้การดูแล และส่งผู้ที่เข้าข่ายสมองเสื่อมไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการวินิจฉัยต่อไป



* ทีมหมอครอบครัวประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม.

ภาพที่ 6.3 ผังไหลการทำการวินิจฉัยเบื้องต้น (primary diagnosis) จังหวัดลำพูน

กรณีศึกษา : การวินิจฉัยสมองเสื่อมในระดับ primary care ของจังหวัดลำพูน

ผู้สูงอายุชาย อายุ 66 ปี อาชีพทำสวน การศึกษาระดับชั้น ป.4 อาศัยอยู่ที่บ้านกับภรรยา ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง รับประทาน รพ.สต. มักจะให้ภรรยามาขอยาความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต. เนื่องจากยาหมดก่อนนัด ภรรยาเคยเล่าเรื่องนี้ให้กับลูกสาว ลูกสาวอยากพาไปตรวจที่ รพ.หลายครั้ง แต่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร ไม่ยอมไปรับการตรวจรักษาที่ รพ.

ต่อมาทาง รพ.สต. ได้ดำเนินงานโครงการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองด้วยด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามและ 2Q โดยผู้ที่ทำการคัดกรองได้แก่ อสม. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถามและ 2Q โดยทีมหมอครอบครัว พบว่าผู้ป่วย

ได้คะแนน 38 คะแนน จากการประเมินโดยด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ส่วน 2Q ผล negative ตามแนวทางของอำเภอเมืองลำพูน เมื่อผลการประเมินด้วยด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามได้ คะแนน มากกว่า 30 คะแนน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินต่อ โดยเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการประเมินซ้ำด้วย TGDS และ MMSE ผลการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า MMSE ได้ 17 คะแนน ทำให้ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยเป็นสมองเสื่อม

ตามบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ³ ในด้านการเป็นแพทย์ผู้ประเมินสติปัญญาของผู้สูงอายุ การเป็นแพทย์ผู้ให้การคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุและการเป็นแพทย์ผู้ประเมินครอบครัวของผู้สูงอายุ ทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จึงได้ดำเนินการเข้าไปประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติมตามแนวทางที่วางไว้ โดยให้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักการในการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติที่ทำให้ทีมคิดว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะสมองเสื่อม คือ เรื่องของยาความดันโลหิตสูงที่หมดก่อนนัด ทีมจึงได้สอบถามข้อมูลในประเด็นนี้เพิ่มเติม ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นคนจัดยากินเอง” “กินยาสม่ำเสมอ ไม่เคยลืม ไม่กินซ้ำแน่นอน” “แต่ไม่รู้จะทำไมยาหมดก่อนนัด”

ทีมได้สอบถามเกี่ยวกับอาการสมองเสื่อม โดยหลัก IFFE ได้คำตอบ ดังนี้

Idea: ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นอะไร ที่ทำแบบทดสอบแล้วได้คะแนนน้อย เนื่องจาก แบบทดสอบบางข้อยากเกินไป

Feeling: ไม่ได้รู้สึกกังวลอะไร

Function: สามารถทำงานได้ตามปกติ

Expectation: ไม่อยากเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม

เมื่อประเมินเกี่ยวกับ cognitive function ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ (visuoconstruction: perceptual-motor function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) พบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มีความบกพร่องของ cognitive function ผู้ป่วยรายนี้จึงยังไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจึงต้องเข้าร่วมทำกิจกรรม Cognitive stimulation program เพื่อช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม ตามโปรแกรม TEAMV ต่อไป

จากบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวด้านอื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นด้วย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม เมื่อประเมิน Oxford knee score ได้ 38 คะแนน หมายความว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม จึงได้ให้คำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกาย การทำงานอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมากขึ้น และวางแผนติดตามอาการซ้ำร่วมกับการติดตามเรื่องความจำบกพร่อง

หลังจากที่ได้ประเมินผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองบกพร่อง ไม่ถึงขั้นสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านอื่นๆ ด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุรายหนึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวม เพื่อตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การคัดกลุ่มที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทันการณณ์ ดังนั้นในปัจจุบันที่มีการสื่อสารที่ก้าวหน้า ด้วยการปรึกษาผ่าน **telemedicine** จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเสริมความเข้มแข็งของการคัดกลุ่ม (ระบบวินิจฉัย ดูแลและบำบัดรักษา) ในที่นี้จะนำเสนอสาระของ teleconference ที่ควรรู้เพื่อนำใช้ได้เหมาะสมในส่วนท้ายบทนี้

3. เครื่องมือในระบบการดูแลต่อเนื่อง⁷

เครื่องมือในการดูแลของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจะเป็นไปตามกลุ่มของผู้สูงอายุ หรือตามสภาพสมอง กลุ่มปกติ เครื่องมือ คือ ชุดกิจกรรมออกกำลังกายสมอง (brain exercise) กลุ่มที่การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) มีเครื่องมือคือ โปรแกรม TEAMV และ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ชุดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ประกอบด้วย แบบประเมินผู้สูงอายุและครอบครัว แบบประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลโดยทีมสุขภาพ แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวของ DT CM และแผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) ของ caregiver เป็นต้น

3.1 เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ

ชุดกิจกรรมออกกำลังกายสมอง (brain exercise) เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ (ดูบทที่ 7)

3.2 เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองทุกโปรแกรม ในระบบ CDC System ใช้โปรแกรม

TEAMV (คูบทที่ 7) ซึ่งเป็นโปรแกรมการกระตุ้นความสามารถของสมองในด้านความใส่ใจ ความจำ ความสามารถเชิงมิติสัมพันธ์ การทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ มีกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละกิจกรรมห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ มีการมอบหมายงานให้กระตุ้นสมองที่ตัวเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลทั้งระหว่างทำและหลังทำ

3.3 เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินปัญหา และเครื่องมือในการดูแลรายบุคคล

1) เครื่องมือประเมินปัญหา

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน การดูแลจะต้องครอบคลุมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินปัญหาอย่างองค์รวม เพื่อใช้ในการวางแผนและให้การดูแลอย่างครอบคลุม เครื่องมือประเมินปัญหามีหลายรูปแบบ เช่น แนวทางการประเมินปัญหาและการวางแผนโดยทีมสุขภาพ สำหรับการดำเนินการดูแลในชุมชนแบบไตรภาคี มีระบบแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัวเพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น และ แผนการดูแลรายบุคคล (คูบทที่ 8)

ในที่นี้จะนำเสนอเครื่องมือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามรูปแบบไตรภาคี มีระบบที่มีการเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือ และมีเครื่องมือสำคัญ คือ

1. ประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลโดยทีมสุขภาพ (คูบทที่ 5)
2. แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัวเพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น (คูบทที่ 5)
3. ผังไหล/แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน)

และจะประมวลการเยี่ยมบ้านและชุดเครื่องมือ การกำหนดระยะเวลาที่จะใช้ในการดำเนินการ ผู้ดำเนินการไว้ ในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาการดำเนินงาน
ผู้รับผิดชอบ

การเยี่ยมบ้าน	เป้าหมายที่ ต้องการ	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลาดำเนินการ (โดยประมาณ)	ผู้รับผิดชอบ/ ประเมิน
ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบ ด้าน เพื่อใช้วางแผน การดูแลโดยทีม สุขภาพ กำหนด ความร่วมมือที่ ต้องการจากไตรภาคี และวางแผนขอ ความร่วมมือ ไตรภาคี	-แบบประเมิน สภาพสมอง -แบบประเมิน HHC/LTC -แนวทางการสรุป ปัญหาและการดูแล โดยทีมสุขภาพ การประเมิน ประกอบด้วย 1) การดูแลด้าน การรู้คิด 2) การดูแลด้าน พฤติกรรมและ อารมณ์ 3) การประสานและ ติดตาม การส่งต่อ 4) การดูแลโรค/ ปัญหาสุขภาพ 5) การดูแลสุขภาพ โดยรวม 6) การดูแลเสริม โดยจิตอาสา/ชุมชน (อ ส ย) 7) การดูแลผู้ดูแล และครอบครัว	ภายใน 1 สัปดาห์ที่ ได้รับการส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ ในความดูแล	-DT CM -อสม./จิตอาสา/ caregiver
ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มิต การดูแล เพื่อให้ ไตรภาคีที่ร่วมเยี่ยม บ้านเห็นสภาพจริง ตัดสินใจการดูแล ช่วยเหลืออย่าง ครอบคลุม	-แบบประเมินสภาพ ความเป็นจริงของ ผู้สูงอายุและ ครอบครัว ประเด็นใน การประเมิน 1) สุขภาพจิต- สภาพสมอง	ภายใน สัปดาห์ที่ 2-8	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน/ ท้องถิ่น

การเยี่ยมบ้าน	เป้าหมายที่ ต้องการ	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลาดำเนินการ (โดยประมาณ)	ผู้รับผิดชอบ/ ประเมิน
		2) สุขภาพกาย 3) การเคลื่อนไหว และความสามารถ ในการทำกิจวัตร ประจำวันของ ผู้สูงอายุ 4) สภาพแวดล้อม/ ที่อยู่อาศัย 5) สมาชิกครอบครัว/ การดูแลกึ่งหนุน 6) สุขภาพสังคม/ การได้รับสิทธิและ ความเป็นธรรม		
ครั้งที่ 3*	การดูแลที่ครอบคลุม ทีมสุขภาพ มีแผนการดูแล รายบุคคล ทีมอื่น มีแผนการ ดำเนินงานให้การ ช่วยเหลือ	-แผนการดูแล รายบุคคลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของ DT CM - แผนการดูแล ผู้สูงอายุ (care plan) ของ caregiver -แผนการช่วยเหลือ ของทีมสังคม ท้องถิ่น ชุมชน	ภายใน สัปดาห์ที่ 4-16	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน
ครั้งที่ 4 การดูแล เพื่อการส่งต่อ เข้าระบบการ ดูแลระยะยาว	การดูแลเพื่อการ ส่งต่อเข้าระบบ การดูแลระยะยาว	-เอกสารสรุป/ ประเมินผลการดูแล สุขภาพรายบุคคล -แผนการดูแล ระยะยาว -ใบส่งต่อเข้าระบบ การดูแลระยะยาว -เอกสารสรุป/ ประเมินผล ดำเนินงานช่วยเหลือ	ภายใน สัปดาห์ที่ 17	-DT CM -ทีมสังคม/ ท้องถิ่น -ทีมชุมชน -DT CM สรุป การดูแลที่ได้รับ ผลการดูแลและ การดูแลที่ต้อง ต่อเนื่อง และ จัดทำส่งต่อ

หมายเหตุ * จำนวนครั้งในการเยี่ยม ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและการบรรลุเป้าหมาย

ทีมไตรภาคี คือ การดูแลร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน

ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย DT CM, FCT, DT CC, COC, อสม./caregiver

ทีมสังคม/ท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาล/เจ้าหน้าที่/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/นักพัฒนา

ชุมชน/ caregiver

ทีมชุมชน ประกอบด้วย พระภิกษุ วัด ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา คณะกรรมการศูนย์

ต่างๆ ในชุมชน

2) เครื่องมือในการดูแลรายบุคคล

เครื่องมือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว โดยทีมสุขภาพ มีอย่างน้อย 2 เครื่องมือ คือ แผนการดูแลรายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของ DT CM (ดูบทที่ 5 ประกอบ) และแผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) ของ caregiver

ในที่นี้จะนำเสนอ กรณีตัวอย่าง แผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของ DT CM⁸ แผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) ของ caregiver และแผนการดูแลตามหลัก อ ส ย โดย อสม.

2.1) แผนการดูแลรายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย DT CM

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุปี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การ คัดแยก (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย ที่คลินิก (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ตามผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
1	คุณยาย อายุ 82 ปี	มีประวัติ DM, HT มีปัญหา กลืน ปัสสาวะ ไม่ได้ใน บางครั้ง มีประวัติ หกล้ม - ลูกสาว เป็นผู้ดูแล หลัก - มีเงิน เพียงพอ กับการ ดำรงชีพ การศึกษา ป.4 สิทธิการ รักษา: บัตร สวัสดิการ ผู้สูงอายุ	วันที่ทำ พ.ย. 2558 คัดกรอง -2Q=0 -14Q = 40	วันที่ทำ พ.ย.2558 BADL: 12 IADL: 0 TGDS=3 MMSE=5 MoCA=7	วันที่ทำการวินิจฉัย: 4 พย 2559 วินิจฉัย: Moderate Dementia : Alzheimer type	-Non Pharmacological Therapy -สามารถออก ใบรับรองความพิการ ให้ได้ -Control Vascular Risk เช่น BP, FBS -กระตุ้น ADL -แนะนำญาติเรื่อง Dementia	ปัญหาพบ: 1.Impaired BADL ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำ กิจวัตรประจำวัน ด้วยตัวเองให้มาก ที่สุด แม้จะต้องมี การช่วยเหลือ กระตุ้นสิ่งผู้ป่วย สามารถทำได้บ้าง อยู่นานที่สุด 2. Apathy, repetitive speech or action: - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี การตอบสนอง - ลดปัญหา พฤติกรรมให้มาก ที่สุด 3. Impaired Cognitive function	การดูแลด้านต่างๆ ดังนี้ 1. ด่านยาและการ บำบัดรักษาต่อเนื่อง - Non Pharmacological Therapy - Control Vascular Risk เช่น BP, FBS - ผู้ดูแลจัดเตรียม ยาไว้ให้ รับประทาน - caregiver เยี่ยมบ้าน ตรวจ นับเม็ดยาควบคุม กับวันที่ไปพบ แพทย์ วันที่แพทย์ นัดครั้งต่อไป - อากการข้างเคียง จากการใช้ยา 2. ด้านการรู้คิด - พูดคุยเรื่อง ครอบครัว	นำเข้าสู่การดูแลระยะ ยาว และการดูแลที่ ได้รับภายหลัง จากที่ คุณยายได้รับการ ประเมิน BADL ได้ 11 คะแนน และแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็น Moderate Dementia: Alzheimer type มีภาวะสับสนจัดอยู่ กลุ่มที่ 2 (ของกองทุน LTC) ของผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงจากนั้น DT CM เขียน care plan เพื่อ นำเข้าสู่กระบวนการ Conference case ร่วมกับไตรภาคี เพื่อ รับบริการ LTC โดย มอบหมาย caregiver ที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง หลักสูตร ของกรมอนามัย	1. ด้านการรู้คิด - จำเหตุการณ์ในอดีต ได้เพิ่มขึ้น - สามารถจำหน้าหมอ ประจำบ้านได้ หลังจากเมื่อ 2-3 เดือน ที่ผ่านมาจำไม่ได้ - จำ caregiver ได้ ทุกคน - สามารถอ่าน “โรงพยาบาล บ้านม่วง” ตัวหนังสือ ข้างรถที่หมอประจำ บ้านไปเยี่ยมได้ พูดคุย เป็นเรื่องเป็นราวมาก ขึ้น ญาติตอบได้ชัดเจน - ไม่ถามซ้ำๆ 2. BPSD - หายใจทางปากลดลง 3. BADL - ล้างหน้า อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัวได้	

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุปี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การ คัดแยก (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย พื้นฐาน (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ด้านผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
		ผู้ดูแล หลัก : ลูกสาว คนโต ผู้ดูแลรอง สามี หลานชาย ลูกสะใภ้			ทำกับข้าวได้ทำ ไม่ได้เพราะ หลังล้ม จำขั้นตอนไม่ได้ (executive function) - ใจลอยเวลา ถาม จะตอบได้ ข้ามๆ บางครั้ง ไม่ตอบ (Attention) 3. BPSD - หายใจทาง ปากเกือบ ตลอดเวลา หายใจไม่หอบ (BPSD) - พูดพฤติกรรม ซ้ำๆ - เฉยเมย 4. ADL - Impaired BADL 5. ด้านการฟื้นฟู ความจำ	คงหรือกระตุ้น สมรรถภาพสมองให้ เสื่อมช้าที่สุด 4. Control Vascular Risk เช่น BP, FBS: - ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมควบคุม อาหาร - พาดอกกำลัγκาย โดยการพาเดินเล่น บริเวณบ้าน ยืด เหยียดกล้ามเนื้อ - ผู้ป่วยรับประทาน ยาถูกต้อง (DM, HT) 5. สิ่งแวดล้อมไม่ ปลอดภัย - จัดข้าวของ เครื่องใช้ภายในบ้าน ให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย - จัดสิ่งแวดล้อม ภายนอกบ้านให้ ปลอดภัย และเอื้อ ปลอดภัย	ลูกหลาน โดยเฉพาะหลานที่ คนยายรัก และ เลี้ยงมาตั้งแต่ เด็กๆ - ฝึกการจำหน้าคน - ฝึกการนับเลข บริหารนิ้วมือไป พร้อมๆ กับการ นับเลข - อ่านหนังสือ สวดมนต์ (คุณยายชอบอ่าน หนังสือ) 3. BPSD - หาสาเหตุ พฤติกรรมที่ ผิดปกติและ ผลของพฤติกรรม ที่ผิดปกติ 4. ADL - ผู้ดูแลคอย ช่วยเหลือกรณี จำเป็น และดูแล อย่างใกล้ชิด	ให้คอยดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และคอย ช่วยเหลือผู้ดูแลใน ครอบครัว เช่น พาคุณยายไปพบแพทย์ ตามนัด และมอบหมาย caregiver ทำรายงาน ส่ง DT CM สิ้นเดือน ที่มาประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันที่ PCU และรับค่าตอบแทน เมื่อปฏิบัติงานครบ 1 เดือน	ลูกสาวคอยช่วยเหลือ และจัดเตรียมให้ ส่วน อาหารจะจัดเตรียมมา ให้คุณยายรับประทาน ได้เอง 4. ด้านความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม - สภาพแวดล้อม ภายในบ้าน จัดเป็น ระเบียบคงสภาพเดิม ที่สุด - สภาพแวดล้อม ภายนอก ลูกสาว และ caregiver ช่วยกันปรับ ให้เหมาะสม 5. ด้านกฎหมาย สิทธิ และ End of life care - มีลูกสาวคนโตเป็น ผู้จัดการดูแล ผลประโยชน์ - ชื่นชมเยี่ยผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุ 800 บาท/เดือน - ชื่นชมเยี่ยคนพิการ ได้รับเงินผู้พิการ		

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุปี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย ทีมสุขภาพ (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ด้านผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
						ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
						6. ด้านความ ปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม - ภายในบ้าน จัดของไม่เป็นที่ เป็นทาง - ภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมไม่ ปลอดภัยเสี่ยง ต่อการหกล้ม 7. ด้าน กฎหมาย/ สิทธิ, End of life care - ยังไม่ได้รับ สิทธิผู้พิการ 8. โรคเดิม มีโรคประจำตัว DM,HT ที่ต้อง ควบคุม 9. ผู้ดูแล - ลูกสาวเป็น ผู้ดูแลหลัก	ต่อการสร้างเสริม สุขภาพ - ดูแลด้านอาหาร ยา การเงิน การ บริหารสมองเกือบ ทุกด้าน มีลูก น้องสาว และ หลานสาวคอย ช่วยเหลือ - ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ และลด ภาวะแทรกซ้อน - ดูแลด้าน สวัสดิการสังคม - ติดตามการดูแล ต่อเนื่อง	- สื่อสารด้วย ภาษาที่ไม่ซับซ้อน คำถ้อยเป็นแบบมี ตัวเลือก 5. ด้านการฟื้นฟู สมองกระตุ้น ADL พยายาม เรื่องราวที่ ประทับใจในอดีต 6. ด้านความ ปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม - แก่ไขบริเวณ ทางเดินที่มีรากไม้ กีดขวางระหว่าง ตัวบ้านของคุณ ยาย และบ้านลูก สาวซึ่งคุณยาย เดินไปมาทุกวันๆ ละหลายรอบ 7. ด้านกฎหมาย/ สิทธิ, EOL care - แนะนำเรื่องการ ตั้งผู้พิทักษ์		ย้อนหลัง 10 เดือน หลังจากขึ้นทะเบียน ปัจจุบันรับ 800 บาท ทุกเดือน 6. การดูแลทั่วไปและ โรคเดิม - รับประทานยา ถูกต้อง ไม่มี ผลข้างเคียงจาก การใช้ยา - ไปพบแพทย์ทุกครั้งที่ นัดหมาย - ผู้สูงอายุได้รับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง 7. การดูแลผู้ดูแล - มีระบบช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลักไม่ครอบคลุม - มีระบบคัดกรอง คัดแยก และ กระบวนการเข้าสู่ การวินิจฉัยโดย ทีมสุขภาพ (สหสาขาวิชาชีพ) - ติดตามการรักษาได้

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุปี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การ คัดแยก (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย ที่คลินิก (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ด้านผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
									(ผู้กักโรค) - การจัดการ ทรัพยากร - การตัดสินใจ ในการรักษา พยาบาลและทำ พินัยกรรมชีวิต - สิทธิพื้นฐานตาม ความพิการ เช่น จดทะเบียน คนพิการ เบี้ยคนพิการ 8. การดูแลทั่วไป /โรค - ให้ความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ - อธิบายขั้นตอนป้องกัน โรค เช่น ใช้หน้ากากอนามัยทุกปี - คัดกรองโรค อย่างเหมาะสม และรักษา อย่างต่อเนื่อง 9. การดูแลผู้ดูแล		อย่างต่อเนื่องจาก ชุมชน/ปฐมภูมิ/ ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ - ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบ บริการได้ง่าย - มีแหล่งสนับสนุนใน ชุมชน คือศูนย์ฟื้นฟู ความจำชุมชน และ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ผู้สูงอายุในชุมชน (ศูนย์ระดับตำบล)

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุปี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การ คัดแยก (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย ที่คลินิก (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ด้านผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไตรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
									- สอบถามผู้ดูแล และครอบครัว เรื่องความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค - หลักการดูแล ผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดี - มีแผนการ ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าครั้งละ 3 ชั่วโมง - มีระบบช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลัก - มี caregiver เป็นผู้ช่วยผู้ดูแล - ผู้ดูแลจัดเตรียม ยาไว้ให้ รับประทาน - caregiver เยี่ยมบ้าน ตรวจ นับเม็ดยาคู กับวันที่ไปพบ แพทย์ วันที่แพทย์		

ลำดับ ที่	ชื่อ (อายุบี)	ข้อมูล ทั่วไป	การ คัดกรอง (ว/ด/ป)	การ คัดแยก (ว/ด/ป)	การวินิจฉัย ที่คลินิก (ว/ด/ป)	แผนการดูแล รักษาการส่งต่อ (ว/ด/ป)	การเยี่ยมบ้าน				ผลลัพธ์การดูแล (ด้านผู้ป่วย/ ครอบครัว/ชุมชน) (ว/ด/ป)
							ครั้งที่ 1 เยี่ยม ประเมิน (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 2 เยี่ยม ไทรภาคี (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 3 เยี่ยม ดูแล (ว/ด/ป)	ครั้งที่ 4 เยี่ยมสรุปและ ส่งต่อ LTC (ว/ด/ป)	
									นัดครั้งต่อไป - อาการข้างเคียง จากการใช้ยา		

2.2.2) แผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ครึ่งที่ 1 (วันที่..... เดือน พ.ศ.)

[illegible]

ที่ ๓: พัฒนาแบบบันทึกโดย งานผู้สูงอายุ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

2.3) แผนการดูแลตามหลัก อ ส ย โดย caregiver

กรณีตัวอย่าง การเยี่ยมบ้านของ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม^{1,9}

คุณยาย อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อปี พ.ศ. 2560 มีอาการหลงลืม การสื่อสารช้าลง ภาษาที่ใช้สั้นๆ ใช้คำง่ายๆ คิดอ่านได้ช้า และหลงทางกลับบ้านไม่ถูก คุณยายเข้าสู่ระบบโดย การคัดกรองจาก อสม. พบความผิดปกติ ส่งต่อข้อมูลให้กับ DT CM ติดตามเยี่ยมบ้านทำการคัดแยก สงสัยภาวะสมองเสื่อม จึงได้รวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ญาติ/อสม./ caregiver ที่ดูแลเพิ่มเติม ติดตามประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ จากนั้น DT CM เตรียมผู้ป่วยและญาติ เตรียมข้อมูลส่งให้ DT CC นัดหมายวันเปิดสภาลูกขุน และแจ้งญาติเพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการวินิจฉัยโดยสภาลูกขุน โดย PCU/รพ.สต. มีรถรับส่งถึงบ้าน

หลังจากที่คุณยายถูกวินิจฉัยว่าเป็น Moderate Dementia: Alzheimer Type ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ caregiver โดยใช้หลักการเยี่ยมบ้าน อ ส ย (5 อ. 3 ส. 1 ย) แนะนำให้ caregiver เยี่ยมบ้านโดยยึดหลัก อ ส ย อย่างเคร่งครัด จะได้ครอบคลุมทุกประเด็นขณะเยี่ยมบ้าน และเพื่อให้ caregiver จำได้ง่าย และไม่สับสนครอบคลุมทุกมิติเวลาเยี่ยมบ้าน ดังนี้

5 อ. ประกอบด้วย

1) อ. อาหาร ผู้สูงอายุที่ไปเยี่ยมได้รับอาหารทุกมื้อเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคเรื่องการรับประทานอาหาร มีปัญหาเรื่องคนจัดเตรียมคนป้อน ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเองได้ หรือปัญหาอยู่ที่ผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืน ไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือมีปัญหาสุขภาพช่องปากทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร กรณีของคุณยายท่านนี้ caregiver จะดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม (คุณยายจะลืมอ้ม) ต้องคอยจัดอาหารให้พอดี เคี้ยวกลืนง่ายเป็นครี้อ คุณยายรับประทานทั้งวันเกือบหมดทั้งครี้อ (8 หวี)

2) อ. อากาศ/อนามัย ดูแลที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเท ถูกสุขอนามัย และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลควบคู่ไปด้วย caregiver ไปเยี่ยมทุกครั้งจะช่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้า แช่มือแช่เท้าก่อนตัด เพราะเล็บผู้สูงอายุแข็งเปราะแตกง่าย ผมยาวก็ตัดผมให้ หลังอาบน้ำเสร็จจะนำเสื้อผ้าชุดเดิมของผู้สูงอายุไปซักตากให้เรียบร้อย จากนั้นมาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย กวาดถูพื้นนอนที่ผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ มุมบริเวณหน้าบ้าน เปิดหน้าต่างให้ลมถ่ายเทสะดวก

3) อ. ออกกำลังกาย ดูแลให้ออกกำลังกายที่เหมาะสม พาเดิน พายืดเหยียด กล้ามเนื้อ

4) อ. อารมณ์ คุณยายเป็นคนชอบอ่านหนังสือ ชวนให้อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเพลง ฟังหมอลำที่คุณยายชอบ

5) อ. อุจจาระ ต้องสอบถามทุกครั้งเมื่อไปเยี่ยมบ้านว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่อง อุจจาระหรือไม่ ไม่ถ่ายมากี่วันแล้ว ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาไม่ขับถ่ายมาหลายวันอาจทำให้ ผู้สูงอายุมีภาวะสับสนด้านสมองได้

3 ส. ประกอบด้วย

1) สิทธิผู้ป่วย ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิหรือยัง ช่วยเป็นธุระดำเนินการให้ท่านได้ เข้าถึงสิทธิ โดยเฉพาะสิทธิผู้พิการ ถ้าเราดำเนินการให้ จะทำให้ท่านได้รับเบี้ยยังชีพ เร็วขึ้น ถ้าให้ญาติเป็นคนดำเนินการจะล่าช้า เพราะเวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแล ผู้สูงอายุ การที่ DT CM, caregiver เป็นคนช่วยดำเนินการ นอกจากจะได้รับเบี้ยเร็วแล้ว ยังสร้างความพึงพอใจ และความประทับใจให้ญาติและชุมชนอีกด้วย

2) สิ่งแวดล้อม ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ case นี้ ผู้สูงอายุจะชอบเดินไปมาระหว่างบ้านลูกสาวกับบ้านตัวเอง caregiver/อสม. และแกนนำชุมชน ร่วมกันทำทางเดินที่ปลอดภัยให้ มีการช่วยกันปรับหน้าดินโดยลูกสาว เป็นคนซื้อดินมาถมรากไม้ที่โผล่ขึ้นมาเสี่ยงต่อการสะดุดล้ม พร้อมทั้งช่วยกันทำราวไม้ไผ่ กันตลอดแนวทางเดินป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตกสระและหกล้ม

3) สมอง มีการฝึกการจำ กิจกรรมการกระตุ้นสมองให้ยังคงมีการรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลที่ถูกต้อง กระตุ้นและส่งเสริมการทำ ADL ในสิ่งที่ทำได้ และประเมิน ADL ทุกเดือน

1 ย ประกอบด้วย

ด้านยา ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การจัดเก็บยาที่เหมาะสม การเตรียมยาให้ผู้ป่วย และดูแลไม่ให้ยาเสื่อมคุณภาพ และดูวันที่แพทย์นัดครั้งต่อไป เมื่อไร การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ไปพบแพทย์ตามนัด

3. เครื่องมือและการนำใช้ Telemedicine ในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าไปมาก ทำให้การป้องกันการวินิจฉัย การดูแลรักษาฟื้นฟูมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายใต้ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดหลายด้านในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ การพาผู้ป่วยจากสถานที่ห่างไกลเข้ามาพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมซึ่งมีจำนวนจำกัดและมักจะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง เพื่อรับการวินิจฉัย วางแผนการรักษา และ ติดตามการรักษา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีปัญหาเรื่องเวลาที่ต้องใช้ในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ และมีความลำบากในการพาผู้สูงอายุเดินทางมาพบแพทย์ นอกจากนี้ในการดูแลต่อเนื่องนั้นบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่สามารถไปเยี่ยมบ้าน เพื่อรับทราบสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ ดังนั้นเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารยุคใหม่รวมทั้ง telemedicine จะเป็นคำตอบสำคัญอันหนึ่งที่จะมาช่วยลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าว และอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนรูปแบบบริการจาก hospital-based เป็น home/community-based ในอนาคต

3.1 ความหมาย และ ประเภทของ Tele-medicine

ในปี ค.ศ. 1970 ได้มีการบัญญัติความหมายของ telemedicine ไว้ว่า คือ “healing at a distance” ซึ่งหมายถึงการรักษาทางไกล แต่จนถึงปัจจุบัน telemedicine มีความหมายมากมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้บทวนและให้ความหมายไว้กว้างๆ ว่า “The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities”¹⁰ ซึ่งหมายถึง การให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ ผู้ขอรับบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมถึง การศึกษาวิจัย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

ในบางบทความ telemedicine จะมีความหมายแตกต่างจาก telehealth คือ telemedicine จะใช้กับการให้บริการโดยแพทย์เท่านั้น ส่วน telehealth จะหมายถึง การให้บริการโดยบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด เช่นพยาบาล เกษีกร และ อื่นๆ แต่ ปัจจุบันในรายงานขององค์การอนามัยโลก ให้ใช้ 2 คำนี้ในความหมายคล้ายกันและ ใช้แทนกันได้¹⁰

ประกาศของแพทยสภาที่54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือ โทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์¹¹ ให้ความหมายของ telemedicine ไว้ว่า “การแพทย์ทางไกล” (telemedicine) หมายความว่า เป็นการส่งผ่านหรือ การสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจาก สถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัย วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพ เวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของ ผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้นๆ

แม้ว่า telemedicine เกิดขึ้นมานานหลายทศวรรษ แต่ก่อนหน้านี้ยังไม่ได้ ใช้งานอย่างกว้างขวางเพราะต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงที่มีราคาแพง จนถึงปัจจุบัน ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในราคาที่ถูกลงมากทำให้ telemedicine มีแนวโน้มพัฒนาขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา

การประยุกต์ใช้ telemedicine สามารถแบ่งตามผู้ใช้งานออกเป็น ระหว่าง บุคลากรกับบุคลากร และระหว่างบุคลากรกับประชาชนทั่วไป หรือแบ่งตามลักษณะ วิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูลคือ การบันทึกแล้วส่งต่อให้กับอีกฝั่งหนึ่ง และการแลกเปลี่ยน ข้อมูลกันแบบ real-time

3.2 ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบ telemedicine

แม้ระบบ telemedicine จะมีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์ ได้อย่างมากมายแต่ก็ยังมีอุปสรรคสำคัญหลายประการในทางปฏิบัติ ได้แก่

1. วัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ ที่คิดว่าการมาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาล จะได้รับบริการที่สะดวกและปลอดภัยกว่า
2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT literacy)

3. ระบบเครือข่ายด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ที่ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล

4. ความเสถียรของระบบ

5. ปัญหาด้านกฎหมาย ที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดเรื่องหนึ่ง ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับผู้ป่วย (patient privacy and confidentiality) ในการส่งบันทึก และ เข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วย การยืนยันตัวตนของผู้เข้ามาใช้ระบบ (authentication) และความคุ้มครองตามกฎหมาย ต่อผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อป้องกันและลดปัญหาดังกล่าวจำเป็นจะต้องมี กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ มาตรฐาน หรือคู่มือการใช้งานระบบ telemedicine

3.3 ข้อควรระวัง หรือ สิ่งที่ต้องคำนึงถึง ในการทำ telemedicine

1. ควรมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้งานระบบ

2. ผู้ให้บริการควรจัดให้มีกระบวนการชี้แจงรายละเอียดก่อนให้บริการ ขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้านแก่ผู้รับบริการ และ มีระบบบันทึกการให้ความยินยอมให้ผู้ให้บริการ

3. ควรมีการบันทึกรายงาน หรือ เสียง หรือ วิดีโอ ขณะให้บริการ โดยเป็นระบบที่สามารถรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) โดยมีมาตรการรักษาหรือสงวนไว้เพื่อป้องกันการเข้าถึง ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยบุคคลผู้ไม่มีสิทธิในการเข้าถึง

4. ควรมีแผนและระบบที่สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินที่เกิดปัญหาในการให้บริการการแพทย์ทางไกล

5. ควรจัดหาอุปกรณ์การสื่อสารโทรคมนาคม เทคโนโลยี ที่สามารถสื่อสารระหว่างกันได้อย่างชัดเจน มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ

6. ควรมีการรักษาความครบถ้วน (integrity) โดยมีมาตรการป้องกันข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มิให้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข ทำให้สูญหาย ทำให้เสียหาย หรือถูกทำลายโดยไม่ได้รับอนุญาต เพื่อให้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในสภาพสมบูรณ์ขณะที่มีการใช้งานประมวลผล โอน หรือเก็บรักษา

7. ควรศึกษาประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์ ประกาศ ณ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และลงประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563¹¹

3.4 การนำ telemedicine มาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย dementia แนวทางในการนำ telemedicine มาใช้ ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองและการประเมินผู้สูงอายุ เช่น ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน (community screening) ซึ่งด้านสมรรถภาพสมองสามารถทำได้โดย อสม. หรือ อาสาสมัครอื่นๆ หรือ บุคลากรที่ผ่านการอบรม สามารถนำเครื่องมือคัดกรองนี้ไปใช้ในชุมชนและใช้ telemedicine เป็นช่องทางการปรึกษาในกรณีที่ไม่มีแนววิธีการประเมินหรือแปลผล

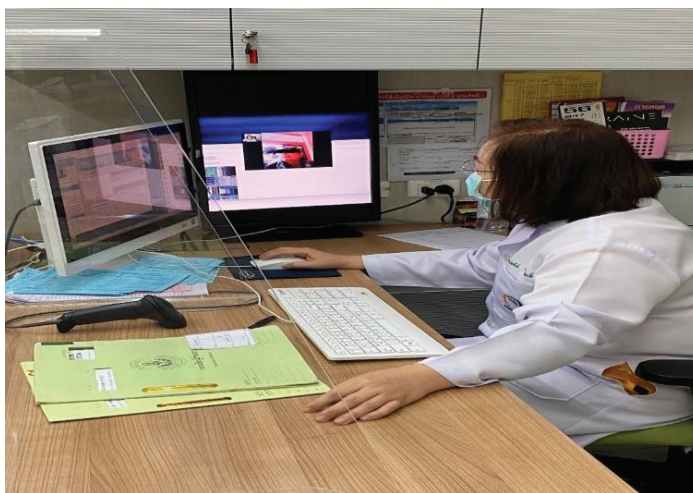
2. การตรวจวินิจฉัย ในปัจจุบันเริ่มมีการนำใช้ระบบการวินิจฉัยด้วยระบบสกลูกขุน ซึ่งเป็นระบบที่มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยสหวิชาชีพ และนำเข้าสู่การประชุมร่วมกับแพทย์ที่อาจจะไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางแต่ผ่านการฝึกการวินิจฉัยร่วมกับแพทย์เฉพาะทางมาก่อน ซึ่งระบบนี้สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะ mild cognitive impairment (MCI) หรือ สมองเสื่อม ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ เป็นการลดความจำเป็นในการเดินทางของผู้ป่วย และ แก้ปัญหาข้อขัดจากการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง โดยระบบนี้สามารถนำระบบ telemedicine มาช่วยสร้างความแข็งแกร่งของระบบได้อย่างมาก ตั้งแต่การทำ teleconference ในการประชุมสกลูกขุนร่วมกับแพทย์เฉพาะทางในช่วงแรก และการปรึกษาทางไกลกับแพทย์เฉพาะทางในกรณีที่ยุ่งยากซับซ้อนต่อการวินิจฉัย

3. การวางแผนและติดตามการรักษา ทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสามารถเห็นสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้โดยไม่ต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลสามารถส่ง clip พฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยมาให้แพทย์และทีมงาน นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ยังสามารถเยี่ยมผู้ป่วยและกระตุ้นผู้ป่วยผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ ทางระบบ telemedicine ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

3.5 อนาคตของการพัฒนาด้าน telemedicine สำหรับการดูแลผู้ป่วย dementia

จากทั้งหมดที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่า telemedicine จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน ลดระยะเวลา และลดความแออัดในการเข้ารับบริการ ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคสมองเสื่อม ในอนาคตที่ระบบการส่งข้อมูลจะรวดเร็วมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยี 5G หรือสูงกว่านั้น จะทำให้ประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบพัฒนาดีขึ้นอย่างมาก และหากทำระบบการเก็บข้อมูลที่ดียิ่งจะสามารถนำไปต่อยอดเป็นฐานข้อมูล

ขนาดใหญ่ (big data) และสามารถนำไปสู่การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) ซึ่งจะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรในการช่วยตัดสินใจแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ นอกจากนี้ ในนิยามขององค์การอนามัยโลก ยังได้กล่าวถึง การใช้ telemedicine ในการวิจัย และศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร ดั้งเดิมข้อมูลในการทำ telemedicine หากได้รับการเก็บไว้ อย่างดี และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการวิจัย และการศึกษา (เช่น การนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยจริง) ภายใต้ความยินยอมของผู้ป่วยและญาติจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไปในอนาคต



ภาพที่ 6.4 การใช้ Telemedicine สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2560.
2. สาริกข์ พรหมมาร์ตน์. ข้อมูลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจรจังหวัดลำพูน. เอกสารอัดสำเนา; 2562.
3. โกคิน ศักรินทร์กุล. บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุใน: สายพิน หัตถิรัตน์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553. หน้า 163-79.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม (การคัดกรองด้วยตนเองประชาชน สำหรับ อสม. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการ

- เสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. วรณภา ศรีธีรัตน์. การประเมินผู้สูงอายุเพื่อการคัดกลุ่ม (ระบบวินิจฉัย) ภาวะสมองเสื่อม. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
 6. ผ่องพรรณ อรุณแสง. วรณภา ศรีธีรัตน์. การประเมินผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
 7. วรณภา ศรีธีรัตน์. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สำหรับประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
 8. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดย DT CM บ้านฝางโมเดล 2558-2560. เอกสารอัดสำเนา; 2562.
 9. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. ข้อมูลการเยี่ยมบ้านของ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. เอกสารอัดสำเนา; 2562.
 - 10.WHO. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. Geneva: WHO; 2010.
 - 11.ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์; 2563. Available at: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/Telemedicine>.

บทที่ 7

การดูแลภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นผลลัพธ์จากระบบการคัดกรองคัดแยก และระบบการคัดกลุ่ม ในระบบ CDC System ผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มนี้จะเป็นตัวนำเข้าในระบบการดูแลต่อเนื่องของ CDC System เพื่อจัดให้การดูแลตามสถานะสุขภาพสมอง โดยผู้สูงอายุปกติจะจัดได้รับการป้องกันและชะลอความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมอง หรือ brain exercise ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะมีการจัดโปรแกรมกระตุ้นสมองหรือ brain training ซึ่งในระบบ CDC System ใช้โปรแกรม TEAMV ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตามอาการและปัญหาที่พบในแต่ละราย ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยยา (pharmacologic intervention) และโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic intervention) (บทที่ 2 และบทที่ 3) และยังคงมีการดูแลสมอง หรือ brain care ในบทนี้จะนำเสนอการจัดการ brain exercise, brain training และ brain care เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในบริบทต่างๆ

แนวคิดการจัดกิจกรรม brain exercise

เป็นที่ทราบกันดีถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีต่อร่างกาย สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่ควบคุมการทำงานหลายอย่างในร่างกาย ประกอบด้วยเซลล์ประสาทจำนวนมากที่มีการเชื่อมต่อกัน และควรได้รับการดูแลด้วยการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ “การออกกำลังกายสมอง” หรือ “brain exercise” มีอยู่หลายรูปแบบสามารถทำได้หลายวิธี โดยทั่วไปอาจนึกถึง กิจกรรมหรือเกมส์ต่างๆ เช่น เกมส์ต่อจิ๊กซอว์ เล่นดนตรี เรียนรู้ภาษาอื่นๆ เป็นต้น¹ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายที่เรียกว่า นิวโรบิก (neurobic exercise) และ brain gym โดย นิวโรบิก เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทางกาย คือ มองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ลิ้มรส สัมผัส ร่วมกับการรับรู้ทางอารมณ์มาเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันโดยปกติ เช่น การใช้มือข้างที่ไม่ถนัดเขียนหนังสือ หรือจับช้อนทานข้าว² ส่วน brain gym ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมทางกายภาพที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งไปกระตุ้นสมอง เช่น การเคลื่อนไหวของด้านซ้าย-ขวา ข้ามเส้นกึ่งกลางลำตัว ด้วยการใช่มือข้างขวาเขียนเลข 8 ขนาดใหญ่ ในแนวนอนดูคล้ายเครื่องหมาย infinity เสร็จแล้วเปลี่ยนไปใช่มือซ้ายบ้าง³

การออกกำลังสมองในลักษณะของ brain gym เป็นที่ได้รับความสนใจและได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของ brain gym ต่อความสามารถทางการรู้คิดในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า กลุ่มที่ฝึกกิจกรรม brain gym มีคะแนนรวมในการทดสอบครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น³ ในประเทศไทยมีกล่าวถึง การออกกำลังสมอง⁴ ว่าเป็นการฝึกทักษะการใช้มือ เท้าและประสาทสัมผัสทั้ง 5 ให้ได้รับรู้ข้อมูลและเคลื่อนไหวรูปแบบต่างๆ ทั้งรูปแบบอยู่กับที่แบบเคลื่อนที่หรือแบบใช้อุปกรณ์ประกอบการเคลื่อนไหว โดยทำอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเชื่อมโยงของระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและสมองส่วนต่างๆ ทำงานประสานสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีแนวทางดังนี้⁴

1. การฝึกให้สมองส่วนต่างๆ มีการทำงานประสานสัมพันธ์กัน
2. ฝึกกิจกรรมที่ต้องใช้กระบวนการทำงานของสมองอย่างเป็นระบบ และผ่อนคลาย
3. ฝึกออกกำลังสมองบ่อยๆ สมองจะมีการหลั่งสารที่เรียกว่า “นิวโรโทรฟินส์” ทำให้ “เดนไดรต์” เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเยื่อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรง
4. ส่งเสริมให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น ลิ้มรส และการสัมผัส ได้ทำงานประสานเชื่อมโยงกับความพึงพอใจหรือที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้ทำงานเชื่อมโยงกัน
5. การทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือทั้งสองข้างทำงานประสานกันหรือฝึกทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้ร่างกายซีกซ้ายและขวาทำงานเข้าด้วยกัน ซึ่งเท่ากับช่วยให้สมองทั้งสองซีกได้รับการกระตุ้นและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นด้วย

จากแนวทางการออกกำลังสมองดังที่กล่าวมาข้างต้นมีความสอดคล้องกับการออกกำลังสมองทั้งแบบนิวโรบิกและ brain gym โดยให้ความสำคัญกับการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ร่วมกับอารมณ์และการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งด้านซ้าย-ขวา ประสานกันเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง ทั้งนี้การออกกำลังสมองได้ถูกนำมาใช้ฝึกกระตุ้นสมองผู้สูงอายุแพร่หลาย เช่น ท่าจีบ-แอล ท่านับ 1-10 ท่าโป้ง-ก้อย ท่าแตะ จมูก-แตะหู เป็นต้น⁵

1. แนวทางการจัดกิจกรรม brain exercise

การจัดกิจกรรม brain exercise มุ่งเน้นการบริหารสมอง ผ่านการเคลื่อนไหว ที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง มีรูปแบบในการเรียนรู้เป็นกลุ่ม โดยการฝึกปฏิบัติร่วมกันโดยไม่เร่งรีบ ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดหาอุปกรณ์ สามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นความสนใจ ความตื่นตัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนเข้าสู่กิจกรรมอื่นๆ ได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. **ทีมงาน** ประกอบด้วยผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วยผู้นำกิจกรรมอย่างน้อย 1 คน มีการเตรียมตัว ฝึกซ้อมท่าทางการเคลื่อนไหว มีความรู้ความเข้าใจในประโยชน์ของการออกกำลังกายในแต่ละท่า สามารถถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำและเป็นต้นแบบในการแสดงท่าทางการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้ช่วยผู้นำกิจกรรม ยังมีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม หรือพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุทำไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ลำบากอาจปฏิเสธการปฏิบัติในท่านั้นๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และลงมือปฏิบัติเท่าที่จะทำได้ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย

ผู้นำกิจกรรม สามารถมีได้หลากหลาย ตามความสนใจและทักษะ เช่น อาจเป็น พยาบาล สหวิชาชีพต่างๆ นักวิชาการสาธารณสุข อสม. นักกิจกรรมจิตอาสาที่ได้รับการอบรมทักษะในการให้ความรู้และการนำกิจกรรม

2. **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้สูงอายุทั่วไป แม้แต่ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประกอบการดูแล เช่น ในการดูแลรายบุคคลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรม จะดำเนินไปอย่างช้าๆ สื่อสารด้วยคำพูดง่ายๆ กระชับ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการช่วยจัดทำท่าให้ เป็นต้น

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มปกติหรือผู้สูงอายุกลุ่มปกติในระบบ CDC System ที่มีความสนใจสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จะมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลที่เอื้อต่อการร่วมกิจกรรม เช่น การแต่งกายด้วยชุดรัดกุม ควรสวมกางเกง ฝึกปฏิบัติโดยปราศจากความเคร่งเครียด เป็นต้น

3. **สถานที่** ควรเป็นห้องที่มีขนาดพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยไม่มีความแออัด อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ ปราศจากเสียงรบกวน เพื่อช่วยคงความใส่ใจจดจ่อ และจัดเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นลานอเนกประสงค์ที่มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน

4. อุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการจัดกิจกรรม เช่น ภาพท่าเคลื่อนไหว ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียง เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการรับข้อมูล มองเห็นและได้ยินอย่างชัดเจน

2. การจัดกิจกรรม brain exercise แบ่งตามระดับการดูแล

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินการ
Primary care	ผู้สูงอายุทั่วไป /กลุ่มปกติ	จัดเป็นกลุ่มกิจกรรม และนำมาฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง
	กลุ่ม MCI	ฝึกร่วมกับโปรแกรม TEAMV
	กลุ่ม Dementia	การฝึกปฏิบัติแบบรายบุคคล และผู้ดูแลร่วมเรียนรู้
Secondary care	กลุ่มที่ผ่านการคัดแยกและสงสัยภาวะสมองเสื่อม	จัดเป็นกลุ่มกิจกรรม ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม
	กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล ในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ mild, moderate ผู้ดูแลร่วมสังเกตการณ์
Tertiary care	กลุ่ม dementia	การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อยหรือรายบุคคลในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ mild, moderate เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม ในลักษณะของผู้ร่วมกิจกรรม หรือผู้สังเกตการณ์

3. กรณีตัวอย่างการจัดกิจกรรม brain exercise

การฝึก brain exercise สามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม โดยบุคลากรในทีมสุขภาพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา อสม. และ จิตอาสา เป็นต้น เป็นผู้ดำเนินการร่วมกันในบทบาทผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วยผู้นำกิจกรรม ทำหน้าที่ในการสาธิตท่าทาง อธิบายวิธีการปฏิบัติและร่วมทำไปพร้อมกับผู้สูงอายุ โดยมีการตกลงหรือซ้อมปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งอาจผลัดเปลี่ยนกันมาทำหน้าที่ผู้นำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมควรมีความสนใจยินดีปฏิบัติ เมื่อเริ่มฝึกในแต่ละท่าจะมีภาพตัวอย่างของท่าทาง ทำการสาธิตให้ดู บอกประโยชน์ของท่านั้นๆ ฝึกเคลื่อนไหวง่ายๆ แล้วจึงปฏิบัติจริง เช่น การออกกำลังสมองในท่าจิบ-แอล มือขวาเป็นการจิบ (ปลายนิ้วโป้งกับนิ้วชี้บรรจบกัน ส่วนนิ้วที่เหลือกางออก) ส่วนมือซ้ายเป็นรูปตัวแอล (ให้นิ้วชี้กับนิ้วโป้งเหยียดออกคล้ายตัวอักษรแอลในภาษาอังกฤษ [L])

ส่วนนิ้วอื่นๆ พับเก็บลงมา) หลังจากนั้นสลับข้างกัน คือ มือขวาเป็นตัวแอลและมือซ้ายเป็นจิบ

ในครั้งแรกผู้สูงอายุขยับมือตามได้ลำบาก ดังนั้น การสอนโดยการให้ผู้สูงอายุฝึกขยับมือและนิ้วทีละข้างเป็น จิบและแอล เป็นการ warm up และสร้างความคุ้นชิน แล้วจึงขยับมือทั้งสองข้างพร้อมกันเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง เช่น มือขวาและมือซ้ายเป็นจิบทั้งสองมือ แล้วเปลี่ยนเป็นการทำตัวแอลทั้งสองมือ ฝึกทำซ้ำๆ อย่างซ้ำๆ ค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเห็นว่าผู้สูงอายุเริ่มเคลื่อนไหวมือได้ถูกต้องแล้ว จึงเริ่มปฏิบัติการออกกำลังสมองในท่าจิบ-แอล ทำสลับมือไปมา ซึ่งควรสังเกตว่าผู้สูงอายุทำได้ถูกต้องหรือไม่มีความยากลำบากในการปฏิบัติมากนักน้อยเพียงใด เมื่อคล่องแล้วอาจให้สัญญาณเปลี่ยนเร็วขึ้น เพื่อความสนุกสนาน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอาจทำผิดพลาดสลับมือเร็วขึ้น เช่น จิบทั้งสองมือ หรือแทนที่จะเป็นตัวแอล กลับกลายเป็นสัญลักษณ์ I love You (นิ้วโป้ง นิ้วชี้และนิ้วก้อยเหยียดตรง แต่นิ้วกลางและนิ้วนางพับลง) เมื่อทราบว่ามีผิดก็ไม่ใช่ไร ให้เริ่มกลับมาขยับในท่าที่ถูก ส่วนท่าผิดกลายเป็นที่ขบขันในกลุ่มสร้างรอยยิ้มให้กับทุกคน

อย่างไรก็ตาม การขยับมือด้วยท่าทางที่ถูกต้องและเปลี่ยนสลับไปมาได้อย่างรวดเร็ว แม้จะสร้างความภูมิใจให้กับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณเองสามารถทำได้ มีความคล่องแคล่ว แต่ความเร็วเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความสนุกในผู้ที่ทำได้ ในทางตรงข้ามอาจทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ทันรู้สึกท้อใจ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับความถูกต้องของท่ากับการเปลี่ยนสลับที่ไม่ช้าหรือเร็วจนเกินไป ซึ่งต้องมีความใส่ใจจดจ่อในสิ่งที่กำลังปฏิบัติเป็นพื้นฐาน นอกจากนี้ควรเน้นย้ำให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อแม้อยู่ที่บ้าน เพื่อการฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

- ผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วยผู้นำกิจกรรมควรมีความใส่ใจและตระหนักถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหานิ้วล็อกเป็นผลให้ทำตามต้นแบบในการขยับนิ้ว กำมือได้ยากลำบาก เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เคลื่อนไหวตามต้นแบบได้ไม่สมบูรณ์
- การออกกำลังสมองสามารถกลับไปทำที่บ้าน และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- การให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อสามารถกลับไปช่วยกระตุ้น หรือฝึกไปพร้อมกับผู้สูงอายุ

แนวความคิดการจัดกิจกรรม brain training ด้วยโปรแกรม TEAMV

จากการคัดกรองและคัดแยกประชากรผู้สูงอายุ จะพบว่ามียุทธศาสตร์หนึ่งที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ซึ่งพบความผิดปกติของความรู้คิดที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม⁶ การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) มีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ภายในระยะเวลา 5 ปี⁷ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญหน้าอยู่กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติหรือผู้ดูแล ขณะเดียวกันการใช้ชีวิตประจำวันจะถูกรบกวนด้วยปัญหาความจำ การคิด ตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ยากลำบากกว่าผู้สูงอายุปกติ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่แน่ชัดในการรักษาโรคสมองเสื่อม ดังนั้น การป้องกันจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย การจัดการดูแล brain training จึงเป็นความจำเป็นในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเชื่อว่าชะลอการเสื่อมถอยของหน้าที่สมอง และการคงไว้ซึ่งความสามารถของการรู้คิดได้ และที่สุดคือ การชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย⁸

การฝึกสมอง (cognitive training หรือ brain training) มีรูปแบบการฝึกที่เป็นระเบียบแบบแผน (structured practice) มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้หรือพัฒนาความสามารถสมอง เฉพาะเจาะจงกับการทำหน้าที่ของสมองในด้านต่างๆ เช่น ความจำ ความใส่ใจ และภาษา เป็นต้น สามารถเลือกฝึกเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล⁹ ประสิทธิภาพของการฝึกสามารถวัดได้ตามระดับความสามารถของผู้เข้ารับการฝึก พบว่าการฝึกในรูปแบบนี้ยังได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น (mild dementia) ด้วย^{10,11}

ในปี พ.ศ. 2556 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันพัฒนาการพัฒนาชุดกิจกรรมที่กระตุ้นสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยนำชุดกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อกระตุ้นและฝึกความสามารถสมอง ลงปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในพื้นที่คัดเลือกของแต่ละภูมิภาคของประเทศ จนสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่มีชื่อย่อที่จดจำได้ง่ายว่า TEAMV มาจากคำว่า Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function และเนื่องจากบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

จึงได้มีการแบ่งโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 2 ชุด คือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง และสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนบทหรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท

โปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: TEAMV (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function)

1. รูปแบบในการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมกลุ่ม

- ผู้ให้บริการอย่างน้อย 3 คน (ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรม TEAMV)
- ผู้รับบริการ 8 -15 คน (ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: MCI)
- จัดให้ผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มมี อายุ การศึกษา และความบกพร่องของสมองใกล้เคียงกัน
- เป็นกลุ่มปิด ไม่มีการเปิดรับสมาชิกใหม่ในระหว่างทำกิจกรรม

2. จำนวนครั้งและเวลา

- กิจกรรม 6 ครั้ง เรียงตามลำดับกิจกรรมในคู่มือการทำกิจกรรม
- ใช้เวลา 3 ชั่วโมง / ครั้ง เวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม
- จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ (กิจกรรม 6 ครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน)

3. กิจกรรมในแต่ละครั้ง แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- ช่วงที่ 1 “กิจกรรมการเคลื่อนไหว” เพื่อปรับระดับการตื่นตัวของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- ช่วงที่ 2 “กิจกรรมฝึกสมอง” กิจกรรมในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันตามเป้าหมายในการกระตุ้น
- ทุกครั้งจะมี “การบ้าน” หรือ “กิจกรรมต่อเนื่อง” ให้กลับไปฝึกสมองต่อที่บ้าน

2. การเลือกใช้กิจกรรม

TEAMV พัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทย แบ่งเป็น 2 ชุด คือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง และ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนบทหรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งทั้ง 2 ชุดมีวัตถุประสงค์เดียวกันในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง แตกต่างกันที่รายละเอียด ขั้นตอน และอุปกรณ์

ในการทำกิจกรรมที่ได้ปรับให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย การนำไปใช้มี ข้อแนะนำ ดังต่อไปนี้

1. TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง ควรเลือกใช้เมื่อ
 - ผู้รับบริการอ่านออก เขียนได้ ได้รับการศึกษาในระดับหนึ่ง เช่น ผู้เกษียณอายุข้าราชการ ค้าขาย เป็นต้น
 - อายุยังไม่มาก ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ด้วยตนเอง
 - ผู้รับบริการมีระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเล็กน้อย (บกพร่องไม่มาก จากคะแนน MOCA)
2. TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนบทหรือกึ่งเมือง กึ่งชนบท (ขึ้นกับลักษณะกลุ่มประชากรในพื้นที่แนวโน้มเป็นลักษณะเมืองหรือชนบท) ควรเลือกใช้เมื่อ
 - ผู้รับบริการไม่ถนัดอ่าน เขียน (พออ่าน เขียนได้บ้าง) เช่น เกษตรกร ไม่ได้อ่านเขียนมานาน เป็นต้น
 - อายุมาก เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ต้องกระตุ้นระหว่างทำกิจกรรมค่อนข้างมาก
 - ผู้รับบริการมีระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเล็กน้อย (บกพร่องค่อนข้างมาก จากคะแนน MoCA)
3. เมื่อเลือกใช้ชุดกิจกรรมแล้ว ให้ใช้ชุดนั้นทั้ง 6 ครั้ง ไม่ควรสลับกิจกรรมย่อยในแต่ละชุด เช่น หากท่านเห็นสมควรแล้วว่ากลุ่มผู้รับบริการของท่านมีความสามารถเข้ากับกิจกรรม TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง ท่านต้องดำเนินตามกิจกรรมในคู่มือการทำกิจกรรมของกลุ่มเมืองไปจนจบ ไม่สามารถสลับเอาของกลุ่มชนบทมาใช้ได้ ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรมท่านสามารถปรับระดับความยากหรือง่ายได้ ยืดหยุ่นตามความสามารถของผู้รับบริการ โดยให้ยึดหลักการในการทำกิจกรรมนั้นไว้

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการคัดกรองของแต่ละพื้นที่)
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: MCI (mild cognitive impairment)
3. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีข้อจำกัดทางด้านการได้ยิน มองเห็น และเคลื่อนไหว
4. สามารถอ่านออก เขียนได้ในระดับหนึ่ง (เนื่องจากบางกิจกรรมต้องใช้การอ่านเขียน)
5. มีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

4. การเตรียมความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
 - จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอย่างน้อย 3 คน แบ่งหน้าที่ในการดำเนินงาน (ผู้นำ ผู้ช่วย ผู้ประสานงาน) ทั้งนี้ผู้ให้บริการ หากมีจำนวนไม่พอ สามารถขอความร่วมมือจาก อสม. จิตอาสา หรืออาสาสมัครท้องถิ่น ที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้มาช่วยดำเนินงานร่วมกันได้
 - นัดหมายวัน เวลา ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ และการดำเนินกิจกรรม ทั้ง 6 ครั้ง
 - ประชุมซักซ้อม สร้างความเข้าใจที่ตรงกันก่อนทำกิจกรรมแต่ละครั้ง (วางแผนกรณีเกิดปัญหาเฉพาะหน้า)
 - หลังการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรมีการประชุมสรุปผลการทำกิจกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา หากเกิดความผิดพลาดขึ้น หรือแบ่งปันสิ่งที่สังเกตได้ในระหว่างการทำกิจกรรม
2. ผู้รับบริการ
 - คัดกรองและจัดกลุ่มตามความเหมาะสม
 - ในแต่ละกลุ่มควรมีสมาชิก 8-15 คน (อายุ การศึกษา ความบกพร่องใกล้เคียงกัน)
 - สนใจและสะดวกมาตามนัดหมายในการทำกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง

3. สถานที่และอุปกรณ์

- ห้องประชุม หรือ ศาลาเอนกประสงค์ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนเกินไป
- เครื่องขยายเสียงชัดเจน มีคอมพิวเตอร์และโปรเจคเตอร์ เพื่อเปิดสื่อให้ผู้รับบริการดูได้
- โต๊ะ-เก้าอี้ เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ ควรจัดโต๊ะ-เก้าอี้ตามรูปแบบที่กำหนด
- สื่อสิ่งพิมพ์ และแบบฝึกหัด ควรจัดพิมพ์ด้วยปรินเตอร์สี ขยายตัวหนังสือขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุเห็นได้ชัด
- เตรียมจำนวนอุปกรณ์ในแต่ละกิจกรรมให้เพียงพอกับจำนวนของผู้สูงอายุ เพื่อการกระตุ้นอย่างทั่วถึง

5. กิจกรรม 6 ครั้ง ในโปรแกรม TEAMV

ครั้งที่	กิจกรรม	
	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มเมือง	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มชนบท
1. ฝึกจำหน้าและจำชื่อ	• บรรยายความสามารถของสมองและภาพรวมกิจกรรม • กิจกรรม แนะนำตัว & จำชื่อคน - ชื่อ จุดเด่นบนใบหน้า • กิจกรรมที่ชอบทำ - แสดงท่าทางประกอบกิจกรรมที่ชอบทำ • กิจกรรมแนะนำตัว • แนะนำวิธีทำอัตชีวประวัติตนเอง และ แผนภูมิครอบครัว - เขียนลงในสมุดที่แจกให้ได้อย่างอิสระ - อาจมีภาพความประทับใจประกอบ • กิจกรรมต่อเนื่อง - ทำอัตชีวประวัติ	• บรรยายความสามารถของสมองและภาพรวมกิจกรรม • กิจกรรม แนะนำตัว & จำชื่อคน - ชื่อ อายุ จุดเด่นบนใบหน้า - เล่นเกมส์บอลร้อน • กิจกรรมทบทวนชื่อ • แนะนำวิธีทำอัตชีวประวัติตนเอง - มีแบบฟอร์มแจกให้ • กิจกรรมต่อเนื่อง - ทำอัตชีวประวัติ - ฝึกจำข้อมูลทุกคนในกลุ่ม - ดิทรูปถ่ายของเพื่อนที่แจกให้ลงในกระดาษที่บันทึก

ครั้งที่	กิจกรรม	
	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มเมือง	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มชนบท
	- ฝึกจำข้อมูลทุกคนในกลุ่ม	
2. จุดเริ่มต้นของความจำและความจำระยะยาว	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - ตาราง 9 ช่อง ● กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน - เปิดเสียงสองเสียงด้วยเครื่องเสียง ● กิจกรรมชีวิตของฉัน - เล่าเรื่องที่ประทับใจในชีวิต ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง - ฝึกการตั้งใจฟังอย่างมีสติ และบันทึกสิ่งที่ได้ฟัง	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - ตาราง 9 ช่อง ● กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน - ใช้การอ่านเสียงบทความสั้นๆ ร่วมกับการเปิดเพลงคลอ ● กิจกรรมชีวิตของฉัน - เขียนแผนภูมิครอบครัว - ทบทวนเรื่องราวที่ประทับใจ - เล่าเรื่องประทับใจในชีวิต ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง - ฝึกการตั้งใจฟังอย่างมีสติ และบันทึกสิ่งที่ได้ฟัง
3. มิติสัมพันธ์	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - ทบทวนตาราง 9 ช่อง - เคลื่อนไหวร่างกายตามเพลงดังดอกไม้บาน ● การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ - นัภาพ - บอกตำแหน่งสถานที่ในแผนที่ - เขียนแผนที่	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - ทบทวนตาราง 9 ช่อง - เคลื่อนไหวร่างกายตามเพลงดังดอกไม้บาน - ขยับมือในเพลง “กรรไกร ไข่ ผ้าไหม” ● การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ - นับจำนวนลูกบาศก์ในภาพ เรียงลูกบาศก์ให้เหมือนภาพตัวอย่าง - บอกเส้นทางบนแผนที่

ครั้งที่	กิจกรรม	
	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มเมือง	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มชนบท
	● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง - เขียนแผนที่จากบ้านไปห้างสรรพสินค้าใกล้บ้าน - เขียนแผนที่จากบ้านไปยังสถานที่จัดกิจกรรม	- เขียนเส้นทางบนแผนที่ ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง - ขยับมือ “กรรไกร ไข่ผ้าไหม” - เขียนแผนที่จากบ้านไปยังสถานที่จัดกิจกรรม - ระบายละเอียดของสถานที่ในแบบฝึกที่แจกไป
4. การจำภาพและตัวเลข	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - กระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา ● กิจกรรม “จินตนาการ-สร้างภาพ” ● กิจกรรม “ความจำภาพ-แผนที่” ● กิจกรรมความจำตัวเลข - เลขที่บัตรประชาชน - เบอร์โทรศัพท์ตนเอง - เบอร์โทรศัพท์ญาติ ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกทำกระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา - เล่าประสบการณ์การลืม และวิธีแก้ไขปัญหาลืม - ฝึกจำตัวเลขในชีวิตประจำวัน	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - ทบทวนท่าขยับมือ “กรรไกร ไข่ผ้าไหม” - กระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา ● กิจกรรม “จินตนาการ-สร้างภาพ” ● กิจกรรม “ความจำภาพ-แผนที่” ● กิจกรรมความจำตัวเลข - บ้านเลขที่ - วัน/เดือน/ปีเกิด - เบอร์โทรศัพท์ญาติ ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกทำกระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา - เล่าประสบการณ์ - การลืม และวิธีแก้ไขปัญหาลืม - เขียนสิ่งจำเป็นที่มักจะลืม

ครั้งที่	กิจกรรม	
	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มเมือง	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มชนบท
5. การจัดบ้าน-จัดของ	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ● กิจกรรม “จัดของ” - วาดแปลนห้องที่เลือกลงในกระดาษ - วางแผนการเลือกใช้และจัดวางเฟอร์นิเจอร์ - ตัดรูปภาพเฟอร์นิเจอร์ที่มีติดลงในแปลนห้อง - ประกอบห้องต่างๆ เข้ากันเป็นบ้าน 1 หลัง - ให้เหตุผลในการจัดรูปแบบบ้าน ● กิจกรรม “วางแผนกันลืม” - ระดมความคิดกันว่าวางสิ่งของที่มีกจะลืมไว้ตรงไหน จะได้ไม่ลืม ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - กลับไปจัดบ้านให้เป็นระเบียบ	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ● กิจกรรม “จัดของ” - แจกอุปกรณ์ห้องจำลอง - วางแผนการเลือกใช้และ จัดวางเฟอร์นิเจอร์ในวงเงินที่กำหนด - ออกไปเลือกซื้อเฟอร์นิเจอร์จำลองและคิดค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป - ประกอบห้องต่างๆ เข้ากันเป็นบ้าน 1 หลัง - ให้เหตุผลในการจัดรูปแบบบ้าน ● กิจกรรม “วางแผนกันลืม” - ระดมความคิดกันว่าวางสิ่งของที่มีกจะลืมไว้ตรงไหน จะได้ไม่ลืม ● กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - กลับไปจัดบ้านให้เป็นระเบียบ
6. การบริหารเงิน	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - เคลื่อนไหวประกอบเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” - ตาราง 9 ช่อง - กระตุ้นสมอง 2 ชีก	● กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - เคลื่อนไหวประกอบเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” - ตาราง 9 ช่อง - กระตุ้นสมอง 2 ชีก

ครั้งที่	กิจกรรม	
	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มเมือง	สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มชนบท
	● กิจกรรม “ซื้อของ” - เลือกซื้อของเพิ่มเติมเข้าไปในบ้าน ตามวงเงินที่กำหนด - เขียนราคาของที่ซื้อลงในใบเสร็จ และรวมค่าใช้จ่าย - นำเสนอการใช้จ่ายเงิน ● สรุปกิจกรรมทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมา ● แนะนำการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน	● กิจกรรม “ซื้อของ และทำอาหาร” - รับมอบหมายในการประกอบอาหารในเมนู “ส้มตำ”* ในงบประมาณ ที่จัด - วางแผนการจับจ่ายซื้อวัตถุดิบตามกติกา - เขียนราคาของที่ซื้อลงในใบเสร็จ และรวมค่าใช้จ่าย - เริ่มประกอบอาหารในเวลาที่กำหนด ● สรุปกิจกรรมทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมา ● แนะนำการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน

* ในกิจกรรมที่ 6 สามารถปรับเปลี่ยนเมนูอาหารได้ ตามความเหมาะสมหรือบริบทพื้นที่ โดยไม่เป็นเมนูที่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุในขณะร่วมกิจกรรม

แนวคิดการจัดกิจกรรม brain care

การจัดกิจกรรม brain care คือ การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง (mild dementia) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (moderate dementia) และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (severe dementia) (บทที่ 2) เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคงสภาพหรือชะลอให้เสื่อมช้าลง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองอยู่ร่วมกับครอบครัวและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

1. แนวทางการจัดกิจกรรม brain care

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระดับ แตกต่างกัน และส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ต่างกันน้อย ยังคงสามารถทำกิจกรรมแบบเดียวกัน แต่ต้องปรับระดับความยากง่าย ให้เหมาะสมต่อความสามารถของสมองในผู้ป่วยแต่ละคน (ดังแสดงในตารางตัวอย่างกิจกรรม)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง severe dementia) ความบกพร่องที่มากขึ้น ทำให้ทำกิจกรรมได้จำกัด ดังนั้น กิจกรรมที่ใช้ฝึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นการทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายใต้การดูแลของผู้ดูแล

ทั้งนี้การจัดกิจกรรม brain care จะต้องเลือกกิจกรรมและวิธีการที่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมร่วมด้วย เช่น โรคประจำตัว อารมณ์ ทักษะที่มีอยู่เดิม เป็นต้น

ระดับ ความรุนแรง	การสูญเสีย ความสามารถ	การดำเนินการ	ตัวอย่างกิจกรรมที่ฝึก
ระดับอ่อน หรือไม่รุนแรง mild dementia	-หลงลืม โดยเฉพาะ สิ่งของที่เพิ่งเกิด เช่น ลืมว่าวางของอยู่ไหน -จำชื่อคนหรือสถานที่ ที่คุ้นเคยไม่ได้	-การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม ย่อยหรือรายบุคคล -เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้า ร่วมกิจกรรม ในลักษณะ ของผู้ร่วมกิจกรรม หรือ ผู้สังเกตการณ์	-กระตุ้นความจำ โดยการฝึกทักษะที่ผู้ป่วย สามารถทำได้ดีมาก่อน เช่น สวดมนต์ ร้องเพลง ฟังเพลงที่คุ้นเคย เกมทายชื่อ สิ่งของ เกมทายชื่อคน เป็นต้น -กระตุ้นสมรรถภาพของสมองในทุกๆ ด้าน โดยการพูดคุยหรือให้ข้อมูลสถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล เป็นต้น เพื่อให้ ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล เกิดการรับรู้ ที่ถูกต้องหรือจะเป็นทำ กิจกรรมร่วมกันกับญาติ -ด้านการสื่อสาร ใช้คำพูดที่ตรงไปตรงมา ใช้ข้อความสั้นๆ ที่ไม่ต้องแปลซ้ำ
ระดับ ปานกลาง moderate dementia	-มีความบกพร่อง ในความเข้าใจ ความสามารถใน การเรียนรู้ การแก้ปัญหาและ	-การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม ย่อยหรือรายบุคคลในผู้ที่มี ความรุนแรงของโรคระดับ mild	-กระตุ้นการฝึกทักษะบวกลบง่ายๆ อาจเป็นการใช้เงิน กิจกรรมการคิด คำนวณเงินเวลาซื้อของใช้ในบ้าน หรือเป็น กิจกรรมกลุ่มในการช่วยกันซื้อของตกแต่ง

ระดับ ความรุนแรง	การสูญเสีย ความสามารถ	การดำเนินการ	ตัวอย่างกิจกรรมที่ฝึก
	การตัดสินใจ เช่น ไม่สามารถคำนวณ ตัวเลขง่ายๆ ได้ เปิดโทรทัศน์ไม่ได้ ทำอาหารที่เคยทำ ไม่ได้ ทั้งที่สิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เคยทำได้มา ก่อน สัมผัสคนใน ครอบครัว	-เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้า ร่วมกิจกรรม ในลักษณะ ของผู้ร่วมกิจกรรม หรือ ผู้สังเกตการณ์	บ้าน ทำสวน หรือ ไปห้างสรรพสินค้าเพื่อ ซื้อของใช้ในบ้าน -การฝึกทักษะกิจกรรมใหม่ๆ และง่าย เช่น การวาดภาพ การปั้นดิน นํ้ามัน การแต่งตัว การเดินรำ-พ้อนรำวาง การเล่นดนตรี การเขียนบันทึกประจำวัน เป็นต้น -มีการทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในแต่ละวันโดย อาจใช้รูปภาพ คน สถานที่ สิ่งของ เพื่อช่วยเรียงลำดับเหตุการณ์และกระตุ้น ความจำให้แก่ผู้ป่วย
ระดับรุนแรง (severe)	ไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้เลยแม้แต่ การทำกิจวัตร ประจำวัน	-ต้องอยู่ภายใต้การดูแล และอาศัยการช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิด	การกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล

2. หลักการจัดกิจกรรม

การจัดกิจกรรม brain care ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีหลักการ
จัดกิจกรรม ดังนี้คือ

1. เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคงสภาพหรือชะลอให้
เสื่อมช้าลงตามระดับความรุนแรง
2. กิจกรรมที่สร้างขึ้นต้องสอดคล้องกับความสามารถของสมองและปรับ
ระดับตามทักษะของแต่ละบุคคล
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ
4. จัดตารางเวลาทำกิจกรรมประจำวันให้มีความสม่ำเสมอ และมีรูปแบบ
ที่ชัดเจน เพื่อให้ฝึกความจำง่ายขึ้น

3. เป้าหมายสำคัญของการจัดกิจกรรม brain care

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง อยู่ร่วมกับครอบครัวและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการประยุกต์ดัดแปลงกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นรายบุคคล การกระตุ้นผู้ป่วยต้องอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์เดิม อาศัยการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการสร้างข้อมูลความจำอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เลือนหายไปด้วยการให้ทำกิจกรรมที่คุ้นเคย

โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดกิจกรรม เช่นเดียวกับแนวทางการจัดกิจกรรมในกลุ่มของ brain exercise ที่ประกอบด้วย ทีมงาน คือ ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วย ผู้นำกลุ่ม สถานที่ที่มีพื้นที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ร่วม กิจกรรม ไม่แออัด อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการจัดกิจกรรม

4. ตัวอย่าง การจัดกิจกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นทำที่บ้านเป็นหลัก

4.1 กิจกรรมจำภาพ

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการทำกิจกรรม	การปรับระดับกิจกรรม
1. ฝึกความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว 2. คงไว้ซึ่งความสามารถด้านภาษาและทักษะสังคม ลักษณะกิจกรรม : เดี่ยว/กลุ่ม อุปกรณ์ : 1. แผ่นภาพรูปสัตว์ ผัก และผลไม้ 2. แก้วน้ำ และโต๊ะ	1. เลือกหมวดหมู่ภาพที่ผู้สูงอายุต้องการหรือคุ้นเคย 2. ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อภาพพร้อมกับ จำชื่อและตำแหน่งของภาพ ให้ครบทั้ง 3 ภาพ โดยใช้เวลาจำภาพละ 30 วินาที แล้วปิดภาพไว้ 3. ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อภาพและตำแหน่งของภาพที่ปิดไว้	<u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการคว่ำภาพ - เพิ่มความยาก เพิ่มจำนวนภาพจาก 3 เป็น 4,5,6,... หรือเพิ่มหมวดหมู่ของรูปภาพเป็นห้องต่างๆ ในบ้าน สถานที่สำคัญที่ผู้ป่วยคุ้นเคย <u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการเลือกภาพที่ตัวเองรู้จักพร้อมบอกชื่อภาพที่ตนเลือกให้ได้มากที่สุด

4.2 กิจกรรมจัดบ้าน

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการทำกิจกรรม	การปรับระดับกิจกรรม
1. ฝึกความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว 2. คงไว้ซึ่งความสามารถด้านภาษาและทักษะสังคม 3. ฝึกกระบวนการคิด วางแผน การตัดสินใจ และทักษะบริหารจัดการ ลักษณะกิจกรรม : เดี่ยว/กลุ่ม อุปกรณ์ : 1. รูปภาพสิ่งของเครื่องใช้ใน ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ 2. กระดาษขนาด A3 หรือ A4 3. กาว หรือ กระดาษกาว	1. จัดเตรียมอุปกรณ์เตรียมกระดาษเขียนระบุชื่อห้องต่างๆ ที่จะทำให้ 2. ให้ผู้สูงอายุดูภาพสิ่งของและเฟอร์นิเจอร์ว่ามีอะไรบ้าง แต่ละชิ้นควรพบในห้องไหนของบ้าน 3. นำภาพไปวางตามห้องต่างๆ (กระดาษที่เขียนชื่อห้องไว้)	<u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการจํารายการสิ่งของและจำนวนที่ตนเองต้องเลือก แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ว่าเป็นของใช้ที่เคยพบเจอในห้องไหนบ้างด้วยการแปะกาวตามตำแหน่งที่ตนเองคิดและต้องการ พร้อมทั้งบอกเหตุผลว่าทำไมถึงวางตำแหน่งนี้ห้องนี้ <u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการบอกชื่อ จํารายการสิ่งของและบอกว่าภาพที่เห็นนั้นอยู่ห้องไหนของบ้าน

4.3 กิจกรรม card game (เรียงไพ่)

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการทำกิจกรรม	การปรับระดับกิจกรรม
1. ฝึกความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว 2. คงไว้ซึ่งความสามารถด้านภาษาและทักษะสังคม 3. ฝึกสมาธิและการจดจ่อในกิจกรรม 4. ฝึกกระบวนการคิด วางแผน การตัดสินใจ และทักษะบริหารจัดการ ลักษณะกิจกรรม : เดี่ยว/กลุ่ม อุปกรณ์ : 1. ไพ่ 1 กล่อง 2. โต๊ะ	1. จัดเตรียมอุปกรณ์ตั้งโต๊ะแบบเตี้ย(โต๊ะญี่ปุ่น) ด้านหน้าผู้สูงอายุในตำแหน่งที่เอื้อมจับไพ่ได้สะดวก 2. ให้ผู้สูงอายุเล่นไพ่ตามกติกาที่กำหนด	<u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการเล่นเป็นเกมรวมเลขให้เท่ากับ 10 เป็นคู่ๆ หรือ จับคู่ตัวเลขที่เหมือนกัน <u>ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง</u> ทำกิจกรรมนี้ด้วยการเรียงตัวเลขจากมากไปหาน้อย หรือจากน้อยไปหามาก

5. ตัวอย่าง กิจกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง

กิจกรรมการกระตุ้นการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการทำกิจกรรม	การปรับระดับกิจกรรม
1. ฝึกกระตุ้นการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวัน ลักษณะกิจกรรม : เดี่ยว อุปกรณ์ : 1. อาหาร 2. เสื้อ กางเกง	1. ผู้ฝึกหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นการกิน การเคี้ยวกลืน การควบคุมกล้ามเนื้อปาก 2. กระตุ้นการใส่เสื้อผ้า สวมกางเกง 3. กระตุ้นการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรม การเดินเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหวบนเตียง	ระดับรุนแรง ที่ยังเคลื่อนไหวได้ โดยผู้ฝึกหรือผู้ดูแลอาจจะช่วยพูดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำด้วยตนเอง หรือต้องจับมือทำ ระดับรุนแรง ที่เคลื่อนไหวไม่ได้ (bed ridden) ผู้ดูแลต้องช่วยจับมือเคลื่อนไหว ดูแลอย่างใกล้ชิด หรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

- Legg TJ. 13 brain exercises to help keep you mentally sharp [internet]. 2019 [cited 2020 May 18]. Available from: <https://www.healthline.com/health/mental-health/brain-exercises>
- Kanthamalee S, Sripankaew K. Effect of neurobic exercise on memory enhancement in the elderly with dementia. Journal of Nursing Education and Practice 2014;4:69-78. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/2960>
- Barnes I. Enhancing cognitive performance in dementia care: using Brain Gym exercises to access and enhance cognitive performance. Canadian Nursing Home 2003;14:33-40. Available from: www.nursinghomemagazine.ca
- สุขพัชรา ชัมเจริญ. ออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม. หมอชาวบ้าน. 2553 มกราคม; 377. Available from: <https://www.doctor.or.th/article/detail/10944>
- สุขพัชรา ชัมเจริญ. การบริหารสมอง (Brain Activation). หมอชาวบ้าน. 2553 กันยายน; 377. Available from: <https://www.doctor.or.th/article/detail/10955>
- Kelley BJ, Petersen RC. Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Neurologic Clinics. 2007 August; 25(3).
- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. Lancet. 2006 April; 367(9518).

8. Klimova B, Maresova P. Computer-Based Training Programs for Older People with Mild Cognitive Impairment and/or Dementia. *Frontiers in human neuroscience*. 2017 May; 11(262).
9. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019 March; 3(3).
10. Tsantali E, Economidis D, Rigopoulou S. Testing the Benefits of Cognitive Training vs. Cognitive Stimulation in Mild Alzheimer's Disease: A Randomised Controlled Trial. *Brain Impairment*. 2017 April; 18(02).
11. Salthouse A. When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiol Aging*. 2009 April; 30.
12. กัมมันต์ พันธจินดา. สมองเสื่อมโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2543.
13. เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. วิธีดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กองอายุรกรรม: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ: 2543.
14. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2557.
15. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป.
16. สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2550. Available from: <https://otcmu.wordpress.com/> /การบำบัด-รักษา-ส่งเสริม/กิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม/Rosenberg, Johnston and Lyketsos, 2006, p.1885 ; วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552, หน้า 165.

บทที่ 8

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไร้รอยต่อ

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการสูญเสียการทำงานของสมองชั้นสูง (higher cortical function) หลายส่วน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมรวมทั้งบุคลิกภาพเป็นผลให้รบกวนการทำงาน การเข้าสังคมหรือมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะทุโภชนาการ ภาวะเปราะบาง (frailty)² ปัญหาจากการใช้ยา³ และยังส่งผลกระทบต่อในอีกหลายมิติทั้งครอบครัว เช่น เพิ่มโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าต่อผู้ดูแล⁴ สังคม และเศรษฐกิจ⁵ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลแบบแยกส่วน (fragmentation) ซึ่งขาดความต่อเนื่อง⁶ ในประเทศไทยยังมีอุปสรรคด้านรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว⁷ ดังนั้นแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบโดยมีแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ (comprehensive care) ในทุกระยะของภาวะสมองเสื่อม ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยทำให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อได้

แผนการดูแล

การวางแผนการดูแล (planning) คือ กระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย ได้ร่วมกันวิเคราะห์ สรุป และตกลงร่วมกันให้เกิดแผนปฏิบัติงาน (action plan) ที่จะนำไปใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ตั้งไว้⁸

แผนการดูแล (care plan) คือ การบันทึกผลของกระบวนการวางแผนการดูแล ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น แผนการพยาบาล (nursing care plan) แผนการดูแลแบบทีมสหสาขา (multidisciplinary) หรือหลากหลายวิชาชีพ (interdisciplinary care plan)⁹ ซึ่งมีทั้งแบบแผนการดูแลรักษาในสถานบริการ หรือแผนการดูแลรักษาที่บ้าน¹⁰

การบันทึกแผนการดูแล

การเขียนแผนการดูแลรักษารายบุคคล ควรมีการบันทึกทั้งข้อมูลทั่วไป และแผนการดูแล

1. ข้อมูลทั่วไป : ควรมีการบันทึกทั้งข้อมูลทั่วไปเบื้องต้น โดยบันทึกวันที่ประเมิน แหล่งข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ความเจ็บป่วยปัจจุบัน ความเจ็บป่วยอดีต กิจกรรมประจำวัน การใช้ยา วิตามิน หรือสารอื่นๆ และ ประวัติครอบครัว ดังตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	ตัวอย่าง
วัน แหล่งข้อมูล	วันที่ประเมิน ที่มาและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล
ส่วนบุคคล	ชื่อ เพศ อายุ ศาสนาหรือความเชื่อ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ เศรษฐฐานะ ที่อยู่ ภูมิสำเนา
ความเจ็บป่วยปัจจุบัน	อาการของภาวะสมองเสื่อม และโรคหรือปัญหาอื่นๆ
ความเจ็บป่วยอดีต	โรคเรื้อรังต่างๆ การได้รับอุบัติเหตุ การผ่าตัด
กิจกรรมประจำวัน	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมประจำวัน ที่ซับซ้อน
การใช้ยา วิตามิน หรือสารอื่นๆ	ยา วิตามิน สาร สมุนไพรที่ใช้ ขนาด วิธีใช้ วินัยในการใช้ยา ข้อบ่งชี้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
ประวัติครอบครัว	การเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนและบทบาทสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ปัญหาภายในครอบครัว

2. แผนการดูแลรักษา : การเขียนแผนดูแลจึงควรมีขั้นตอนที่เป็นระบบ ทำให้ง่ายต่อการวางแผน และติดตามในอนาคต ดังนี้

2.1 ขั้นตอน : ควรเริ่มจากการประเมินสภาพ สรุปลักษณะ/ปัญหา วินิจฉัยปัญหา กำหนดแนวทางดูแล วิธีการปฏิบัติ และประเมินผล ในแต่ละปัญหา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1. การประเมินสภาพ (assessment): เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการวางแผน ประเมินด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง หัวข้อการดูแลซึ่งนิยมใช้แพร่หลายสำหรับภาวะสมองเสื่อม คือ “A-B-C”^{11,12} ได้แก่ A : Activities of daily living (ADL) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน, B: Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช ในผู้ป่วยสมองเสื่อม, C: Cognition คือการรู้คิด ซึ่งยังขาดการดูแลในอีกหลายมิติ เช่น แนวทางการประเมิน และดูแลภาวะสมองเสื่อม โดยคณะทำงานด้าน

ภาวะสมองเสื่อมจากหลากหลายวิชาชีพ (interdisciplinary Dementia Measures Work Group) แนะนำให้ประเมิน และดูแลด้านอื่นๆเพิ่มเติม เช่น การให้ความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ดูแล ความปลอดภัย ความเสี่ยงในการขับขี การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และ การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care planning)¹³

ดังนั้นการดูแลแบบครอบคลุมทุกมิติ คือ การใช้แนวคิดการดูแลแบบกาย จิต สังคม (bio-psycho-social model) ซึ่งเป็นการดูแลแบบไม่แยกส่วน ไม่ได้คำนึงถึงแค่โรคต่างๆหรือแยกเป็นอวัยวะย่อยๆ เท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบรวมเป็นคน ร่วมกับประเมินบริบทรอบข้างประกอบ เช่น ครอบครัว เศรษฐฐานะ รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งบ้านและชุมชน¹⁴ จึงจะทำให้การวางแผนการดูแลครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้การวางแผนการดูแลเป็นระบบ และง่ายต่อการจำจึงเพิ่มการประเมินในมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จาก “A-B-C” เป็น “A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N” ^{15,16} ดังตารางที่ 8.2 และนำมาเขียน แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมได้ ดังตารางที่ 8.3 ซึ่งแผนการดูแลควรมีการปรับให้เหมาะสมในผู้สูงอายุ และครอบครัวในแต่ละราย

ตารางที่ 8.2 การประเมินด้านต่างๆ เป้าหมาย และแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม

	ได้แก่	ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
A	Activities of daily living (ADLs)	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (basic ADLs: bADLs) เช่น การรับประทานอาหาร และกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง (instrumental ADLs: iADLs) เช่น การเตรียมอาหาร	ผู้ป่วยสามารถคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเท่าที่สามารถปฏิบัติได้	-กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเท่าที่ความสามารถจะปฏิบัติได้ -ผู้ดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น -เฝ้าระวังความปลอดภัย โดยเฉพาะการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ
B	Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)	ปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อม	ลดการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช	-รักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับพฤติกรรม การลดปัจจัยกระตุ้น การปรับสิ่งแวดล้อม -รักษาโดยใช้ยา ซึ่งควรพิจารณาเป็นรายๆไป การใช้ยาโดยเฉพาะ ยารักษาโรคจิต ควรให้ในช่วงเวลาสั้นๆ

	ได้แก่	ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
C	Cognition	การรู้คิด	ชะลอความเสื่อมลงของการรู้คิด	-รักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกความจำกิจกรรม เพื่อฝึกทักษะกิจกรรมสันทนการ โดยการกระตุ้นการรู้คิดอย่างเหมาะสม -รักษาโดยใช้ยา ซึ่งควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป
D	Drug	ยา	มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม	-ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง -แก้ไขปัญหากายาได้เหมาะสม
E	Environment	สภาพแวดล้อม	สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการอยู่อาศัย	ภายในบ้าน ภายนอกบ้าน และชุมชนมีความปลอดภัย
F	Family and caregivers	ครอบครัว และผู้ดูแล	ครอบครัว และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ลดภาระ หรือปัญหาจากการดูแล
G	Goal	การรับรู้เป้าหมาย หรือแผนการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล	มีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปได้และเหมาะสม	ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรการแพทย์ผู้ป่วย ครอบครัว
H	Health	สุขภาพทั่วไปของ ผู้ป่วย	มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้านอื่นๆ อย่างเหมาะสม	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย การดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้
L	Legal	กฎหมาย	ลดโอกาสเกิดปัญหาทางกฎหมาย และได้รับสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายที่ควรได้	-ป้องกันโอกาสการเกิด ปัญหาคดีอาญา และคดีแพ่ง แนะนำการทำพินัยกรรม -เข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้ เช่น สิทธิผู้พิการ -แนะนำการวางแผน การรักษาล่วงหน้า เช่น การแต่งตั้งผู้พิทักษ์ และการทำพินัยกรรมชีวิต
M	Money	ปัญหาทางด้าน การเงิน	ลดภาระด้านการเงิน	ได้รับการสนับสนุนด้าน การเงิน

	ได้แก่	ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
N	Network	ระบบการดูแลผู้ป่วย และระบบสนับสนุน ผู้ดูแล	มีระบบช่วยในการ ดูแลผู้ป่วย และ มีแหล่งสนับสนุน ครอบครัว	มีระบบและแหล่งสนับสนุน ติดตามการดูแลผู้ป่วย และ ครอบครัวได้ต่อเนื่อง

หมายเหตุ: ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 15,16

2.1.2 อาการ/ปัญหา (symptoms/problems): ควรรวบรวมอาการหรือปัญหา ในด้านต่างๆ จากแหล่งข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย โดยมีตัวอย่างการประเมินดังตารางที่ 8.2

2.1.3. การวินิจฉัย (diagnosis): วินิจฉัยปัญหาหรือสภาวะ สุขภาพที่เกิดขึ้นในขณะนั้น คือโรคหรือภาวะอะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาอะไรขึ้น เพื่อนำไปวางแผนการดูแลต่อไป

2.1.4. การแผนการดูแล (planning): กำหนดแนวทางดูแลเพื่อให้ไปสู่จุดมุ่งหมายในแผน อาจกำหนดเกณฑ์การประเมินผลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และแผนระยะสั้นและระยะยาว

2.1.5. วิธีการปฏิบัติ (intervention): วิธีการดำเนินการที่สามารถปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยและ ครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแล และบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

2.1.6. การประเมินผล (evaluation): ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลส่งผลให้มีการแก้ปัญหาหรือพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามแผนการดูแลหรือเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ โดยวิธีการประเมินในรูปแบบต่างๆ ค้นหาปัจจัยใดที่มีผลให้บรรลุตามแผนหรือล้มเหลวถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องประเมินและปรับแผนใหม่ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 แบบฟอร์มบันทึกแผนการดูแลรักษา: แบบฟอร์มบันทึกมีหลากหลาย เช่น บันทึกเฉพาะโรคหรือเป้าหมายที่สนใจซึ่งสามารถนำขั้นตอนการดูแลมาเขียนเป็นแผนการดูแลของผู้ป่วยแต่ละระยะได้ ดังตารางที่ 8.3 การเพิ่มรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ เช่น วันที่ประเมิน ระบุเกณฑ์ชี้วัดเป้าหมายและ ผู้รับผิดชอบทั้งในครอบครัวและทีมสุขภาพ หรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมในแบบฟอร์มจะทำให้แผนการดูแล ชัดเจนมากขึ้น

ตารางที่ 8.3 ตัวอย่างแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
A: กิจวัตร ประจำวัน - พื้นฐาน - ต่อเนื่อง	ระยะแรก: มักทำกิจวัตร ประจำวัน พื้นฐานได้เอง แต่เริ่มมีความ บกพร่อง กิจวัตร ประจำวัน ต่อเนื่อง	บกพร่อง กิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง (impaired iADLs)	กระตุ้นให้ผู้ป่วย ทำกิจกรรมด้วย ตนเองได้มาก ที่สุด	-จัดสิ่งของ อุปกรณ์เอื้อ ให้ทำกิจวัตรได้เอง -จัดกิจกรรมให้เหมาะกับ ผู้ป่วย -ผู้ดูแลช่วยบางส่วนที่ ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ -ให้กำลังใจ หลีกเลี่ยง วิจารณ์ทางลบ -ระวังเรื่องความ ปลอดภัยในกิจกรรมที่ ซับซ้อน เช่น การทำอาหาร	-สอบถามผู้ดูแล ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้ อย่างไรบ้าง เหมาะสมกับระยะ ของผู้ป่วยหรือไม่ -ประเมิน ความสามารถใน การทำกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน โดย ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index)
	ระยะสอง: กิจวัตร ประจำวัน พื้นฐานเอง ไม่ได้ ต้องให้ ความ ช่วยเหลือ	บกพร่องกิจวัตร ประจำวัน พื้นฐาน (impaired bADLs)	ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทำ กิจกรรมด้วย ตนเอง แม้จะต้องมี การช่วย	-ผู้ดูแลช่วยในกรณี จำเป็น และคอยดูแล อย่างใกล้ชิด -สื่อสารด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน คำถามเป็น แบบตัวเลือก -ใช้ภาษากายกระตุ้นให้ ผู้ป่วยเข้าใจ	กิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่องโดย ดัชนี จุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) -ในระยะสาม: ประเมินภาวะ แทรกซ้อน เช่น
	ระยะสาม: มักทำกิจวัตร ประจำวัน พื้นฐานไม่ได้ ไม่เดิน ไม่เคลื่อนไหว มีปัญหา การกลืน	ต้องพึ่งพิงการทำ กิจวัตรประจำวัน ทุกอย่าง (total dependence of ADLs), ติดเตียง (bedridden)	ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	-ผู้ดูแลช่วยเหลือใน การทำกิจวัตรประจำวัน -เฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ -ประเมินการเคี้ยวและ การกลืน ปรับอาหาร และแนะนำเทคนิค การกลืน ป้องกันการ สำลัก -ให้สารอาหารและน้ำ เพียงพอ	แผลกดทับ ติดเชื้อทาง ปัสสาวะ ปอดอักเสบ

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
B: ปัญหา ทางด้าน พฤติกรรม และ อาการ ทาง จิตเวชใน ผู้ป่วย สมอง เสื่อม	ระยะแรก: ซึมเศร้า วิตกกังวล เฉยเมย เดินเร่ร่อน พูดหรือ พฤติกรรม ซ้ำๆ	ซึมเศร้า (depression), วิตกกังวล (anxiety), เฉยเมย (apathy), เดินเร่ร่อน (wandering), พูดหรือ พฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive speech or action)	ลดปัญหา สุขภาพจิต และ พฤติกรรมให้ มากที่สุด	-การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น ปรับพฤติกรรม ปรับสิ่งแวดล้อม และใช้ ยาในกรณีมีข้อบ่งชี้ แนะนำเทคนิค แก่ผู้ดูแล -ซึมเศร้า: หากิจกรรมที่ ทำได้ กระตุ้นให้กำลังใจ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ -วิตกกังวล: ให้ความ มั่นใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อม คุ้นเคย ดนตรีบำบัด -เฉยเมย: สนับสนุนให้ มีส่วนร่วม กับกิจกรรม -เดินเร่ร่อน: ติดป้ายชื่อ อุปกรณ์ ติดตามตัว -พูด ทำซ้ำๆ : หลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นมากเกินไป เบี่ยงเบนความสนใจ	-สอบถามผู้ดูแลถึง ปัญหาพฤติกรรม และอาการทาง จิตเวช -การจัดการปัญหา พฤติกรรม และ อาการทางจิตเวช ของผู้ดูแล มีความ เหมาะสมหรือไม่ -คัดกรองภาวะ ซึมเศร้า โดย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) หรือแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q -ประเมินปัญหา พฤติกรรมและ
	ระยะสอง: มักมีปัญหา พฤติกรรม และอารมณ์ เช่น หลงผิด ประสาท หลอน ก้าวร้าว ปัญหาการ นอน	หลงผิด (delusion), ประสาทหลอน (hallucination), ก้าวร้าว (agitation), ปัญหาการนอน (sleep problems)	ลดปัญหา สุขภาพจิต และ พฤติกรรมให้ มากที่สุด	-หาสาเหตุ พฤติกรรมที่ ผิดปกติ และผลของ พฤติกรรม ที่ผิดปกติ -ปรับพฤติกรรม ปรับสิ่งแวดล้อม และใช้ ยาในกรณีมีข้อบ่งชี้ แนะนำเทคนิคแก่ผู้ดูแล -หลงผิด ประสาทหลอน: รับฟัง อธิบาย ไม่ทะเลาะกับผู้ป่วย เบี่ยงเบนความสนใจ -ก้าวร้าว: พูดด้วยน้ำเสียง อ่อนนุ่ม สายตาเป็นมิตร ละเว้นความขัดแย้ง -ปัญหาการนอน : ค้นหา สาเหตุรบกวนการนอน	อารมณ์ โดย Neuropsychiatric Inventory (NPI), Behavioral Pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) Rating Scale ¹⁷

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
	ระยะสาม: นิ่งเฉย ไม่ ตอบสนอง ทางอารมณ์	เฉยเมย (apathy)	ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการ ตอบสนอง	ส่งเสริมสุขภาพ การนอนที่ดี -หมั่นชวนพูดคุยกับ ผู้ป่วย -กระตุ้นประสาทสัมผัส อย่างเหมาะสม เช่น การสัมผัส เสียงดนตรี	
C: การรู้ คิด ¹⁸	ระยะแรก: ความจำ ระยะสั้น แย่ง ลืมของ ไม่ใส่ใจจดจ่อ วางแผน ตัดสินใจ ผิดพลาด นึกศัพท์ไม่ ออก	การรู้คิดบกพร่อง (impaired cognitive function)	ชะลอความ เสื่อมลงของ การรู้คิด	<u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u> -พูดคุยเหตุการณ์ ประจำวัน เช่น ข่าวจากโทรทัศน์ -ฝึกความจำ เช่น ฝึกจำ หน้าคน -ฝึกเรียนรู้ ทักษะใหม่ เช่น เดินรำ วาดภาพ -กิจกรรมสันทนาการ เช่น เล่นเกมส์ ทำงาน ฝีมือ <u>การรักษาโดยการใช้ยา</u> - ยากลุ่มต้านการทำงานของ เอนไซม์อะซิติล โคลีนเอสเตอเรส (acetylcholinesterase inhibitors) ในกรณีมี ข้อบ่งชี้	-ความรู้คิดของ ผู้ป่วย เหมาะสม กับระยะของโรค -คะแนนการ ทดสอบ การรู้คิด ไม่ลดลงเร็วกว่า ปกติ เช่น การทดสอบ Mini- Mental State Examination (MMSE) โดยเฉลี่ย จะมีการลดลง ประมาณ 2-3 คะแนนต่อปี ¹⁹ -ผู้ดูแลกระตุ้น การรับรู้ได้อย่าง เหมาะสม
	ระยะสอง: ความจำทั้ง ระยะสั้น และยาว แย่ง ลืม ประวัติที่ สำคัญ ของ ตนเอง ตัดสินใจไม่ สมเหตุสมผล มาก ไม่เข้าใจ	การรู้คิดบกพร่อง (impaired cognitive function)	ชะลอความ เสื่อมลง ของการรู้คิด	<u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u> -พูดคุยเหตุการณ์ ประจำวัน -ฝึกความจำ เช่น ร้องเพลง สวดมนต์ อ่านหรือดูรูปเก่าๆ ของ ตนเอง -ฝึกเรียนรู้ ทักษะ เช่น แต่งตัว -กิจกรรมสันทนาการ เช่น ดนตรีบำบัด	

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
	สิ่งที่คนอื่น พูด			การรักษาโดยการ <u>ใช้ยา</u> -หลักการเดียวกับ ระยะแรก และ ยากลุ่ม ด้านตัวรับ เอ็นเอ็มดีเอ ชนิดไม่ แข่งขัน (noncompetitive NMDA receptor antagonist) ในกรณี มีข้อบ่งชี้	
	ระยะสาม: สูญเสีย ความจำ ระยะสั้น และยาว ไม่สามารถ ตัดสินใจ แก้ไขปัญหได้ ไม่สามารถ พูดเป็นภาษา ที่เข้าใจได้	การรู้คิดบกพร่อง (impaired cognitive function)	ชะลอความ เสื่อมลง ของการรู้คิด	การรักษาโดย <u>ไม่ใช้ยา</u> -หมั่นพูดคุยกับผู้ป่วย -ผู้ดูแลอ่านหรือชี้ให้ดูรูป เก่าๆ ของผู้ป่วย การรักษาโดยการ <u>ใช้ยา</u> -หลักการเดียวกับ ระยะสอง ควรหยุดยา เมื่อไม่ตอบสนอง	
D: ยา	รับประทาน ยาไม่ สม่ำเสมอ เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ จากยาที่ ได้รับ	ได้รับยาไม่ สม่ำเสมอ (poor drug compliance), เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ จากยา (adverse drug events)	ผู้ป่วย รับประทานยา อย่างถูกต้อง แก้ไขปัญห จากยาได้ เหมาะสม	-ผู้ดูแลตรวจสอบ การรับประทานยา ให้ถูกต้อง ตรงตาม กำหนด -ประเมิน จำนวน ชนิด ขนาด วิธีใช้ วินัยใน การใช้ ข้อบ่งชี้ การเก็บ ยา และเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์จากยา -แนะนำวิธีลดอาการ ข้างเคียง จากยาที่ใช้ -เฝ้าระวังการใช้ยา ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง	-การรับประทาน ยาได้ถูกต้อง -อัตราการเกิด เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ จากยา

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
				ยารักษาโรคทางจิต (psychotropics) ยาปฏิชีวนะ และ ยาแก้ปวด ²⁰	
E: สภาพ แวดล้อม	ภายในบ้าน และภายนอก บ้านไม่ ปลอดภัย	สภาพแวดล้อม ไม่ปลอดภัย (unsafe environment)	ภายในบ้าน ภายนอกบ้าน และชุมชนมี ความ ปลอดภัย	-แก้ไขบริเวณที่มี ความเสี่ยง ต่ออุบัติเหตุ จากการหกล้ม ทั้ง ภายในบ้าน และ ภายนอกบ้าน -ป้องกันการเกิด เหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น เก็บของมีคม และ สารเคมีในตู้ -ปรับสิ่งแวดล้อมที่ กระตุ้น ทำให้อาการ ผู้ป่วยแย่ลง เช่น กระเจก มากเกินไป -ปรับสิ่งแวดล้อมที่ ส่งเสริมต่อการเรียนรู้ เช่น ติดปฏิทิน นาฬิกา	-สภาพแวดล้อม ได้รับการปรับให้ เหมาะสม
F: ครอบครัว และผู้ดูแล	ครอบครัว ผู้ดูแลไม่ เข้าใจผู้ป่วย เกิดภาระ ต่อผู้ดูแล	ภาระผู้ดูแล (caregiver burden)	ลดภาระหรือ ปัญหาจาก การดูแล	-ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค แนวทาง รักษา เทคนิคในการ จัดการกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และ จัดการ ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ -อธิบายผู้ดูแลให้เข้าใจ ถึงขีดจำกัดความสามารถ ในการรับรู้ และเรียนรู้ -แนะนำแหล่งข้อมูล และแหล่งสนับสนุน ทางสังคม -มีช่วงเวลาให้ผู้ดูแล ได้พัก หรือมีผู้อื่นสลับมา ดูแล	-ความเข้าใจของ ครอบครัวและผู้ดูแลต่อ โรคของ ผู้ป่วยเหมาะสม -ปัญหาที่เกิดจาก การดูแลผู้ป่วย ได้รับการแก้ไข -ภาระจากการดูแล โดยการประเมิน ภาระผู้ดูแล เช่น จาก แบบประเมิน Zarit burden interview ²¹ ลดลง

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
				-ประเมินผลกระทบ และแก้ไขปัญหาจากการ ดูแล ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม	
G: เป้าหมาย การดูแล	ไม่ทราบ เป้าหมาย หรือกำหนด เป้าหมายผิด เช่น ให้หาย จากโรค	ตั้งเป้าหมายการ ดูแลไม่เหมาะสม (inappropriate goal setting)	มีการ ตั้งเป้าหมาย การดูแลร่วมกัน ระหว่างทีม บุคลากร การแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว	-สอบถามผู้ดูแลเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หลักการดูแลเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดี -ประเมินสุขภาวะทาง จิตวิญญาณ (Spiritual health) ของผู้ป่วย เช่น ศาสนา ความเชื่อ -ให้ข้อมูลแนวทางการ ดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย	-ผู้ป่วย และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น เช่นจากการ ประเมินโดย แบบประเมิน Quality of Life- Alzheimer's Disease ²² -มีสุขภาวะทางจิต วิญญาณที่ดี -มีแผนการดูแล เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ ระยะท้าย เช่น การกู้ชีพ การใส่ สายให้อาหาร
H: สุขภาพ ทั่วไป	-เจ็บป่วยด้วย กลุ่มโรค เรื้อรัง เช่น ความดัน โลหิตสูง เบาหวาน -อาการของ กลุ่ม อาการ สูงอายุ (geriatric syndromes) เช่น ภาวะ หกล้ม ภาวะ กลืนปัสสาวะ ไม่ได้	-โรคเรื้อรัง (chronic disease) -กลุ่มอาการ สูงอายุ (geriatric syndromes)	การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และลดภาวะ แทรกซ้อนที่ พบบ่อย	-ประเมินผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์แบบ (comprehensive geriatric assessment) โดยเฉพาะการเคลื่อนไหว รวมถึงประวัติการหกล้ม การมองเห็น และการได้ยิน ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการ ภาวะ ซึมเศร้า -การได้รับวัคซีน เช่น วัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ทุกปี -ให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพ เช่น อาหาร ออกกำลังกาย วิธีเลิกบุหรี่	-ผู้ป่วยได้รับการ ประเมิน เช่น โดย คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ กระทรวง สาธารณสุข -ปัญหาที่ตรวจพบ ได้รับการแก้ไข และติดตาม ต่อเนื่อง

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
				-การคัดกรองโรคอย่าง เหมาะสม และรักษา อย่างต่อเนื่อง	
L: กฎหมาย	เกิดความ เสียหายใน การบริหาร ทรัพย์สิน โดนลักขโมย	-ไม่ตระหนักถึง ปัญหาด้าน กฎหมาย (no awareness of legal problems) -ไม่มีผู้พิทักษ์ หรือพินัยกรรม ชีวิต (no power of attorney and living will)	-ป้องกันโอกาส การ เกิดปัญหา คดีอาญา และ คดีแพ่ง -เข้าถึงสิทธิ ต่างๆ ที่ควรได้	-แนะนำปัญหาทาง กฎหมาย ที่พบบ่อย ทั้ง คดีอาญาเช่น การทำร้าย ร่างกายและคดีแพ่ง เช่น ปัญหาหนี้สินจาก การทำสัญญา -แนะนำการจัดการ ทรัพย์สิน การทำ พินัยกรรมเกี่ยวกับ มรดก -การแสดงเจตจำนง เกี่ยวกับ แผนการ รักษาพยาบาลเมื่อ ตนเองอยู่ในภาวะ ที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วใน อนาคต (advance directives) ได้แก่การ ทำพินัยกรรมชีวิต (living wills) การจัดตั้งผู้พิทักษ์ ตามคำสั่งศาล -ดำเนินการจดทะเบียน คนพิการ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับสิทธิพื้นฐานตาม ความพิการ เช่น เบี้ยความพิการ	-มีพินัยกรรม เกี่ยวกับมรดก และชีวิต -ได้รับสิทธิที่ควรได้
M: การเงิน	มีปัญหา การเงิน มีหนี้สิน	ปัญหาการเงิน (financial problems)	ได้รับการ สนับสนุน ด้านการเงิน	-สอบถามปัญหาการเงิน แหล่งรายได้ที่ควรได้รับ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ -ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล เช่น เลือกรักษาที่เบิกได้ -หาแหล่งสนับสนุน การเงิน ทั้งจากสมาชิก	-มีปัญหาการเงิน จากการดูแล น้อยที่สุด

ประเมิน ด้าน	อาการ/ ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
				ในครอบครัว ญาติ ชุมชน -ส่งเสริมอาชีพเสริมใน ครอบครัว	
N: ระบบ การดูแล	ระบบการ ดูแลไม่ ต่อเนื่อง	ปัญหาการส่งต่อ (referral problems)	มีระบบและ แหล่งสนับสนุน ติดตามการดูแล ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้ ต่อเนื่อง	-มีระบบการส่งต่อ รักษา ที่ชัดเจน -ติดตามการรักษาได้ อย่างต่อเนื่อง -เข้าถึงระบบบริการโดย สะดวก -แหล่งสนับสนุนใน ชุมชน	-มีความต่อเนื่อง ของการดูแล

หมายเหตุ: ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 17-22

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมในทุกระดับ สถานบริการสุขภาพ

แม้ว่าแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพควรมีการคัดกรอง/ประเมิน
แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลและให้การดูแลต่อเนื่อง ได้อย่างเหมาะสม²³ โดยมีตัวอย่าง
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมในทุกระดับ สถานบริการ
สุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละสถานบริการสุขภาพ อาจดำเนินการดูแล ได้มาก
หรือน้อยกว่าตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 8.4

ตารางที่ 8.4 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมใน
ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ

การดูแล	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ
การคัดกรอง/ การวินิจฉัย			
ภาวะสมองเสื่อม ระยะแรก	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิดในชุมชนและรพ.สต. -ค้นหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่กลับสู่ภาวะปกติได้ (potentially reversible dementia) -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิดในคลินิก เช่น ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยใน เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก -ตรวจเพื่อวินิจฉัย และหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้ควรส่งตรวจที่สถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิดในคลินิก เช่น ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยใน เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก -ตรวจเพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
ภาวะสมองเสื่อม ระยะสอง	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิด หรือปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในชุมชน และรพ.สต. -ค้นหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่กลับสู่ภาวะปกติได้ -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิด หรือปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในคลินิก เช่น ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยใน เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย	-คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรู้คิดหรือปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในคลินิก เช่น ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยใน เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย

การดูแล	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ
		สถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย	
ภาวะสมองเสื่อมระยะสาม	-คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง หรือผู้ที่ติดเตียง ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ ผลกดทับในชุมชน	-คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง โดยที่ไม่มีโรคอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุ เช่น ที่คลินิกอายุรกรรม หรือผู้ที่ต้องมา รักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่แผนกฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยในอายุรกรรมเป็นประจำ	-คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง โดยที่ไม่มีโรคอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุ เช่น ที่คลินิกอายุรกรรม หรือผู้ที่ต้องมา รักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่แผนกฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยในอายุรกรรมเป็นประจำ
การดูแลต่อเนื่อง			
ภาวะสมองเสื่อมทุก ระยะ A-B-C (activities of daily living, behavioral and psychological symptoms of dementia, cognition)	-ให้คำแนะนำแนวทางการดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ และการชะลอความเสื่อมลงของการรู้คิดโดยไม่ใช้ยา -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับ ทุติยภูมิในกรณีที่มีข้อบ่งชี้	-ให้คำแนะนำแนวทางการดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และการชะลอความเสื่อมลงของ การรู้คิดโดยไม่ใช้ยา ให้การรักษ ด้วยยาในกรณีมีข้อบ่งชี้ -ส่งตรวจที่สถานบริการระดับตติยภูมิในกรณีที่มีข้อบ่งชี้	-ให้คำแนะนำแนวทางการดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการ ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ และการชะลอความเสื่อมลงของ การรู้คิดโดยไม่ใช้ยา ให้การรักษาด้วยยาในกรณีมีข้อบ่งชี้
D (drug)	-ประเมิน และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา	-ประเมิน และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา	-ประเมิน และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา
E (environment)	-ประเมินความปลอดภัย ปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อดำรงชีวิตประจำวัน	-ประสานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อประเมินความปลอดภัย	-ประสานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อประเมินความปลอดภัย ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อดำรงชีวิตประจำวัน

การดูแล	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ
		ปรับสภาพบ้าน และ สิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อ ดำรงชีวิตประจำวัน	
F-G (family and caregiver, goal of care)	-ประเมินเป้าหมายการดูแล ผู้ดูแล สภาพครอบครัว และ ความพร้อมในการดูแล ภาระจากการดูแลของผู้ดูแล	-ประเมินเป้าหมาย การดูแล ผู้ดูแล สภาพครอบครัว และ ความพร้อมในการดูแล ภาระจากการดูแลของ ผู้ดูแล	-ประเมินเป้าหมายการดูแล ผู้ดูแล สภาพครอบครัว และ ความพร้อมในการดูแล ภาระจากการดูแลของผู้ดูแล
H (health)	-ประเมิน และดูแลรักษาโรค ร่วม และกลุ่มอาการสูงอายุ -ส่งตรวจที่สถานบริการ ระดับทุติยภูมิ ในกรณีที่ไม่ สามารถ วินิจฉัย หรือ รักษาได้ -ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค	-ประเมิน และดูแลรักษา โรคร่วม และ กลุ่มอาการสูงอายุ -ส่งตรวจที่สถานบริการ ระดับตติยภูมิ ในกรณี ที่ไม่สามารถวินิจฉัย หรือรักษาได้ -ดำเนินการส่งเสริม สุขภาพ และ ป้องกันโรค ในผู้สูงอายุ เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค	-ประเมิน และดูแลรักษา โรคร่วม และกลุ่มอาการสูงอายุ -ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค
L (legal)	-ให้คำแนะนำเรื่องสิทธิ และ การจัดการเรื่องกฎหมาย	-ให้คำแนะนำเรื่องสิทธิ และการจัดการเรื่อง กฎหมาย	-ให้คำแนะนำเรื่องสิทธิ และ การจัดการเรื่องกฎหมาย
M (money)	-ประเมินปัญหาการเงิน	-ประเมินปัญหาการเงิน	-ประเมินปัญหาการเงิน
N (network)	-ให้คำแนะนำแหล่ง สนับสนุน โดยประสาน แหล่งสนับสนุนในชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งจาก ภาครัฐ และเอกชน	-ประสานหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เพื่อหาแหล่ง สนับสนุนในชุมชน -แนะนำแหล่งสนับสนุน อื่นๆ ทั้งภาครัฐ และ เอกชน	-ประสานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน -แนะนำแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน

หมายเหตุ: ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 15,16,23

กรณีศึกษา

ผู้หญิง อายุ 65 ปี มากับลูกสาวเพื่อรับยาโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกสูงอายุที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยมักรับประทานยาไม่ครบตามกำหนด และไม่มาตรวจตามนัด คราวนี้ลูกสาวพามาตรวจและแจ้งว่าผู้ป่วยล้มมากขึ้นมา 2 ปี ถامช้าๆ โดยอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นทีละน้อย ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น อาบน้ำ แต่งตัวได้ แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนแย่ลง เช่น ซื่อของเองไม่ได้ มักหกล้มที่บ้าน มีอาการปวดเข่าขา น้ำหนักลดลง ลูกสาวจึงซื้อยากระตุ้นความอยากอาหาร (orexigenic drug) จากร้านขายยา มาให้ผู้ป่วยรับประทานซึ่งทำให้วังงซึมมากขึ้น ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับลูกสาวที่ทำงานรับจ้างและมีปัญหาด้านการเงิน กลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ไม่รู้สึกลอยๆ ทำอะไรก็นั่งดูโทรทัศน์ไปเรื่อยๆ หรือจับหลับช่วงกลางวัน ไม่สนใจพูดคุยกับเพื่อนบ้านเช่นเคย โดยที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า ลูกสาวไปทำงานแต่เช้า ซื้ออาหารถุงมาเตรียมให้ผู้ป่วย และกลับดึกแทบทุกวัน ผู้ป่วยมักชอบล้มรับประทานยามื้อกลางวัน และเย็น

ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

Amlodipine 5 mg twice daily

Enalapril 10 mg once daily

Cyproheptadine 4 mg once daily

ตรวจร่างกายที่สำคัญ

Blood pressure 160/90 mmHg, Pulse rate 80/min

Body mass index (BMI) 18 Kg/m², Mindex 53 Kg/m(normal > 56 Kg/m)

Left eye: poor red reflex, Visual acuity (VA) 20/70

Oral: dental caries, unfit denture

Right knee: bony tenderness, crepitation

Neurological examination:

Orientation: impairment of time

Recall: 0/3

Gait: antalgic gait, Timed Up and Go Test (TUGT) 35 seconds (normal < 30 seconds)

การตรวจทางจิตประสาท

Mini-mental State Examination (MMSE)-Thai 2002: 20 (normal $\geq$ 23 seconds)

สรุปปัญหาแบบองค์รวม

ด้านร่างกาย

- Impairment of Short-term memory and executive function
- suspected mild stage of Alzheimer's disease
- Recurrent falls and high risks of falls
 - Hypertension with poor medication adherence
 - Malnutrition
 - Multiple dental caries and unfit denture
 - Osteoarthritis of right knee
 - Inappropriate drug use from cyproheptadine

ด้านจิตใจ

- Fear of falling
- Apathy

ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ

- Impairment of Instrumental activities of daily living

ด้านสังคม

- Unsafe home
- Social isolation
- Financial burden

การคัดกรอง/วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

-ส่งตรวจหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่กลับสู่ภาวะปกติได้ เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count), ระดับน้ำตาล (fasting plasma glucose), เกลือแร่ (electrolyte), การทำงานของไต (BUN/creatinine), การทำงานของตับ (liver function test), การทำงานของไทรอยด์ (freeT4, TSH), Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) หรือ Rapid Plasma Reagent (RPR) ซึ่งผลปกติ

-ส่งตรวจที่สถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยซึ่งผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติม จนได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ระยะแรก และได้รับการส่งต่อกลับมายังระดับบริการ สุขภาพปฐมภูมิเพื่อดูแลต่อเนื่อง จึงได้จัดทำแผนการดูแลรักษา โดยมีการบันทึกข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 8.5 และแผนการดูแลรักษา ดังตารางที่ 8.6

ตารางที่ 8.5 การบันทึกข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	รายละเอียด
วัน แห่่งข้อมูล	ประเมิณวันที่ 22 เมษายน 2563 ข้อมูลจากผู้ป่วย และลูกสาว
ส่วนบุคคล	ชื่อ นาง สมหญิง โชคดี อายุ 65 ปี ศาสนา พุทธ การศึกษา มัธยมต้น สถานะภาพ หม้าย แม่บ้าน สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้ ลูกสาวให้เงินประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน ที่อยู่ กทม. ภูมิลาเนา กทม.
ความเจ็บป่วยปัจจุบัน	- 2 ปีก่อน ค่อยๆลื้มมากขึ้นทีละน้อย ความจำระยะสั้นแย่งลง ถามซ้ำๆ ลื้มรับประทานยา ไม่ไปตรวจตามนัด - 6 เดือนก่อน ลื้มหกลั้มขณะเดินในห้องน้ำ ก้นกระแทกกับพื้น เริ่มไปซื้อของเองไม่ได้ มักลื้มรายการที่จะซื้อหรือซื้อซ้ำๆ - 4 เดือนก่อน เดินทางไปเที่ยว เดินมากจนรู้สึกกปวดเข่าขาขึ้นเรื่อยๆ เซลั้มขณะเดิน ขึ้นบันได มีคนช่วยพยุงตัวจึงไม่บาดเจ็บ แต่ไม่กล้าเดินทางไกลอีกเนื่องจากปวดเข่า และกลัวหกลั้ม - 2 เดือนก่อน หกลั้มขณะเดินไปหยิบของ แขนขวากระแทกพื้น มีรอยซ้ำเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยลง
ความเจ็บป่วยอดีต	โรคความดันโลหิตสูง
กิจวัตรประจำวัน	- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน: อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ได้ด้วยตนเอง - กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน: บางอย่างทำได้ด้วยตนเอง เช่น ทำงานบ้าน ทำอาหาร ง่ายๆ บางอย่างลูกสาวต้องช่วย เช่น ไปซื้อของ ไปธนาคาร
การใช้ยา วิตามิน หรือ สารอื่นๆ	- Amlodipine 5 mg twice daily, Enalapril 10 mg once daily ผู้ป่วยจัดยา รับประทานเอง - ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ลูกสาวจึงซื้อยา Cyproheptadine 4 mg once daily มาให้รับประทานในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา
ประวัติครอบครัว	- ผู้ป่วยมีลูกชายคนโต และลูกสาวคนเล็ก สามมีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ลูกสาวคนเล็กซึ่งทำงานรับจ้างออกไปทำงานเช้า กลับค่ำ แพบทุกวัน ลูกชายคนโต โทรศัพท์มาพูดคุยกับผู้ป่วยเดือนละ 1-2 ครั้ง

ตารางที่ 8.6 ตัวอย่างการบันทึกแผนการดูแลรักษา

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
A: activities of daily living (กิจวัตรประจำวัน)	ทำกิจวัตร ประจำวัน พื้นฐานได้เอง แต่ลูกสาวต้อง ช่วยในการทำ กิจวัตรประจำ วันที่ ซับซ้อน เช่น ซักรีด เตรียมอาหาร เนื่องจากผู้ป่วย กลัวการหกล้ม	Impairment of IADL	กระตุ้นให้ ผู้ป่วยทำ กิจกรรมด้วย ตนเอง ได้มาก ที่สุด	-พยายามให้ผู้ป่วย ฝึกทำ กิจกรรมเอง จากง่ายไปยากขึ้น เช่น เตรียมอาหาร ร่วมกันกับลูกสาว เตรียมอาหารเองที่ ไม่ซับซ้อน และ คอยดูเรื่อง ความ ปลอดภัย อย่าง ใกล้ชิด -จัดสิ่งของ อุปกรณ์ที่เอื้อให้ ทำกิจวัตรได้เอง	-นัดติดตาม 1 เดือนสอบถาม ผู้ป่วยและ ลูกสาวว่าผู้ป่วย ทำกิจวัตรได้ อย่างไรบ้าง -ประเมินความ สามารถในการ ทำกิจวัตร ประจำวัน โดย Barthel index (BADL), Lawton (IADL) ²⁴
B: behavioral and psychological symptoms of dementia (ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และ จิตใจ)	เฉยเมย ไร้อารมณ์ ไม่สนใจทำ กิจกรรม	Apathy	ลดอาการ เฉยเมยลง	-สนับสนุนให้ลูก สาวกระตุ้นผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วม กิจกรรมต่างๆ ริเริ่มการทำ พฤติกรรมที่มี จุดมุ่งหมายด้วย ตนเอง โดยแนะนำ ให้มีกิจกรรม ระหว่างวัน เลือกกิจกรรมที่ ผู้ป่วยสนใจหรือ มีความถนัด หรือ การเข้าร่วมกลุ่ม ทำกิจกรรมกับ ผู้สูงอายุคนอื่นๆ	-นัดติดตาม 1 เดือนสอบถาม อาการ และ กิจกรรมที่ทำ ระหว่างวัน -ติดตามปัญหา พฤติกรรม และ อารมณ์อื่นๆ

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				เช่น ชมรม ผู้สูงอายุใกล้บ้าน -ติดตามอาการ พิจารณาให้ยา Selective serotonin reuptake inhibitors หรือ ส่งปรึกษาสถาน บริการสาธารณสุข ระดับทุติยภูมิ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น	
C: cognition (การรู้คิด)	ความจำระยะ สั้น และการ บริหารจัดการ แย่ลง	Alzheimer's disease: mild stage	ชะลอความ เสื่อมลงของ การรู้คิดให้ มากที่สุด	-แนะนำวิธีการ กระตุ้นการรู้คิด เช่นฝึกทำกิจกรรม ใหม่ๆ ทักษะที่ช่วย คงความสามารถ เดิมที่ผู้ป่วยยังมีอยู่ การช่วย วางแผน และช่วยจำ เช่น เขียนบันทึก ข้อความ บันทึกใน ปฏิทิน -เพิ่มความใส่ใจใน การทำกิจกรรม แต่ละอย่าง มีสติ ในการทำกิจกรรม -ลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ที่ทำให้ การรู้คิด แย่ลง เช่น ควบคุม ระดับความดันให้ เหมาะสม และ	-สอบถามอาการ จากผู้ดูแล -ติดตามทดสอบ ทางจิตประสาท ทุก 6 เดือน

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ -ส่งปรึกษา สถานบริการ สาธารณสุขระดับ ทุติยภูมิ ในกรณี อาการแย่ลง อย่างรวดเร็ว	
D: drug (ยา)	รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ	Poor medication adherence	ผู้ป่วย รับประทานยา สม่ำเสมอ และ ถูกต้อง	-แนะนำ ความสำคัญของ การรับประทานยา เพื่อสร้างความ ตระหนักถึงโทษที่ จะเกิดขึ้น ถ้าไม่ รับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ -แนะนำความรู้ เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วย ได้รับของยาแต่ละ ชนิด ทั้งข้อบ่งชี้ การเก็บยา และ เหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์จากยา -พยายามปรับยา ให้รับประทาน เวลาเดียว เปลี่ยน ยา amlodipine 5 mg เข้า เย็น เป็น 10 mg เข้า -ลูกสาวเป็นคนจัด ยา ควรเป็นคนให้ ยาหรือตรวจสอบ การรับประทานยา	-การรับประทาน ยาได้ถูกต้อง จำนวนวันที่ ขาดยา

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				ของผู้ป่วยให้ ถูกต้อง ตรงตาม กำหนดในแต่ละวัน	
	รับประทาน Cyproheptadine เพื่อเพิ่มความ อยากอาหาร	Inappropriate drug use	ใช้ยาตาม ข้อบ่งชี้ อย่างเหมาะสม	-หยุดยา Cyproheptadine เนื่องจากอาจทำ ให้เกิดผลไม่พึง ประสงค์จากยา เช่น ภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน เพิ่มความเสี่ยงต่อ การหกล้ม ²⁵ -แนะนำไม่ควร ซื้อยามา รับประทานเอง	-การหยุดยา Cyproheptadine -สอบถามยา สารวิตามิน สมุนไพร อื่นๆ ที่อาจใช้เพิ่ม
E: environment (สภาพแวดล้อม)	ภายในบ้าน และ ภายนอกบ้าน ไม่ปลอดภัย	Unsafe environment	ภายในบ้าน และภายนอก บ้านปลอดภัย	-เยี่ยมบ้าน เพื่อ ประเมิน การจัด บ้านให้ปลอดภัย -แก้ไขบริเวณที่มี ความเสี่ยงต่อ อุบัติเหตุ จากการ หกล้ม ทั้งภายใน บ้าน เช่น จัดของ ให้เป็นระเบียบ ติดราวจับ และ แผ่นกันลื่นใน ห้องน้ำ แสงไฟ เพียงพอ ภายนอก บ้าน เช่น จัดสวน ให้ไม่รก -ย้ายเตียงนอนให้ ใกล้ห้องน้ำ หรือมี	-เยี่ยมบ้าน ติดตามการ แก้ไขจุดที่มี ความเสี่ยง

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				โกลีตัสสาวะใกล้ เตียงนอน กรณี ปวดปัสสาวะ กลางคืน -จัดโคมไฟเล็กๆ ใกล้เตียงนอน -ป้องกันการเกิด เหตุการณ์ ไม่ คาดคิด เช่น เก็บของมีคม และ สารเคมีในตู้²⁶	
F: family and caregivers (ครอบครัว และ ผู้ดูแล)	ลูกสาวตรวจ พบความดัน โลหิต 145/90 mmHg	Primary caregiver (Daughter) : -hypertension -headache	ผู้ดูแลและ ครอบครัว ได้รับการดูแล แบบองค์รวม	-แนะนำการ ปฏิบัติตัว เพื่อควบคุม ความดันโลหิต -แนะนำการตรวจ ร่างกาย ประจำปี เพื่อประเมิน ความเสี่ยงอื่น ตามอายุ -ประเมินผล กระทบจาก การดูแลผู้ป่วย เช่น ความเครียด กังวล ซึมเศร้า และปัญหาการเงิน	-นัดติดตาม ความดันโลหิต ผลการตรวจ สุขภาพ -ประเมิน ความเครียด กังวลจาก การดูแล -คัดกรองภาระ จากการดูแล โดย Zarit burden interview²⁷
	ผู้ป่วยอาศัยกับ ลูกสาว ไม่มีลูก คนอื่น หรือญาติ พี่น้องช่วยดูแล	Disengaged family	ส่งเสริมให้ ครอบครัวมี ความสัมพันธ์ ที่ดี เพื่อ สนับสนุน การดูแล	-ให้ผู้ป่วยหรือ ลูกสาว ติดต่อลูก ชายผู้ป่วย หรือ ญาติ คนอื่นที่สนิท เพื่อให้ทราบ สถานการณ์ความ เจ็บป่วยของผู้ป่วย	-สอบถามถึง ความสัมพันธ์ การติดต่อ การช่วยเหลือ จากลูกชาย หรือ ญาติสนิท

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				อย่างสม่ำเสมอ และ สอบถาม แนวทางการ ช่วยเหลือ -ค้นหาผู้ดูแล ลำดับถัดไป (secondary caregiver)	
G: goal of care (เป้าหมายการ ดูแล)	ไม่ทราบ เป้าหมาย การรักษาที่ ชัดเจน ไม่ให้ ความสำคัญ ของการรักษา อย่างต่อเนื่อง	Inappropriate goal setting	ตั้งเป้าหมาย การดูแล ร่วมกัน ระหว่างทีม บุคลากรทาง การแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว	-สอบถามผู้ป่วย และลูกสาว เรื่อง ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค อัลไซเมอร์ -ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การดำเนิน โรค แนวทาง รักษา และปัญหา ที่จะเกิดในกรณี ผู้ป่วยไม่ได้รับ การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง -ให้แผ่นพับและ แนะนำ แหล่งข้อมูล	-สอบถาม เป้าหมาย และ ความตระหนัก ถึงความสำคัญ ของการรักษา เป็นระยะ -การตรวจรักษา ยาที่รับประทาน กรณีไม่ตรวจ ตามนัด หรือยา เหลือจำนวน มาก ประเมิน สาเหตุที่ทำให้ ไม่ปฏิบัติตาม เป้าหมายใหม่
H: health (สุขภาพทั่วไป)	-หกล้มบ่อย ตาซ้ายมองเห็น ไม่ชัด ปวดเข่า ขวา	-Recurrent falls and fear of falling -Osteoarthritis right knee -Cataract left eye	ป้องกัน และ ลดปัจจัย เสี่ยงต่อ การหกล้ม ²⁸	-แนะนำวิธี การออกกำลังกาย ป้องกันการหกล้ม -ตรวจสอบรองเท้า แนะนำให้ใช้ รองเท้าที่เหมาะสม -แนะนำเครื่องช่วย เดิน เช่น ไม้เท้า	-ปฏิบัติการการ หกล้ม -ประเมิน Timed up and go test ความเสี่ยงใน การหกล้ม

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				-แนะนำยาที่ไม่ควรรับประทานเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม เช่น Cyproheptadine -ประเมินความเสี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงโรคกระดูกพรุน -แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า -หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการเสื่อมของเข่ามากขึ้น เช่น นั่งยองๆ พับเพียบ -ในกรณีที่ปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำแล้วยังปวดให้รับประทาน พาราเซตามอล เมื่อมีอาการ -ส่งพบจักษุแพทย์ เพื่อประเมิน และรักษาปัญหาด้านสายตา	-ประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมโดยสอบถามคะแนนการปวด หรือแบบประเมิน เช่น Oxford Knee Score
	ความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์	Uncontrolled high blood pressure	ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์	-แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค	-ความดันโลหิต

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
	รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ			ความดันโลหิตสูง เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย -กำหนดเป้าหมาย ระดับความดันโลหิต < 130-130/70- 79 mmHg²⁹ -ให้ผู้ป่วยวัดความ ดันที่บ้าน หรือ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อวัดความดันที่ บ้าน ตรวจสอบยา ที่เหลือ -นัดตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผล แทรกซ้อน จาก ความดันโลหิตสูง -ถ้ารับประทานยา ถูกต้องแล้วความ ดันโลหิต ยังไม่อยู่ ในเกณฑ์วางแผน เพิ่มยา	
	น้ำหนักน้อยกว่า เกณฑ์ ปวดฟัน ฟันปลอมไม่ เหมาะสม	-Malnutrition -Dental caries -unfit denture	น้ำหนักอยู่ใน เกณฑ์ และลด ความเสี่ยงต่อ ภาวะทุโภชนาการ ที่จะเกิดมากขึ้น	-แนะนำผู้ป่วย และลูกสาว เกี่ยวกับชนิด และ ปริมาณ อาหาร สำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ลูกสาวจัด อาหารที่เหมาะสม -ส่งปรึกษา ทันตแพทย์	-น้ำหนัก วัดดัชนีมวลกาย -ถ้าไม่ดีขึ้น นัดตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมิน ความรุนแรง ของภาวะ ทุโภชนาการ

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				เพื่อประเมินรักษา ปัญหา ช่องปาก และฟันปลอมให้ เหมาะสม	
	ไม่เคยฉีดวัคซีน ป้องกันไข้หวัด ใหญ่	-No influenza immunization	ได้รับวัคซีน ครบตามเกณฑ์	-ฉีดวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ และ แนะนำถึง ความสำคัญ ของการฉีดวัคซีน ทุกปี -ประเมินประวัติ และแนะนำการฉีด วัคซีนอื่นที่ควรฉีด ในผู้สูงอายุ เช่น บาดทะยัก ทุก 10 ปี ไวรัสตับอักเสบบี ในกรณี ไม่มี ภูมิคุ้มกัน และ นิวโมคอคคัส ³⁰	-การฉีดวัคซีน ครบตามเกณฑ์
L: legal (กฎหมาย)	ไม่เคยทราบ ข้อมูล และไม่ เคยคิดวางแผน การแสดง เจตจำนง เกี่ยวกับ แผนการ รักษาพยาบาล	-No advance directives	มีการเตรียมตัว วางแผน เกี่ยวกับ แผนการรักษา พยาบาล เมื่อตนเองอยู่ ในภาวะที่ ตัดสินใจไม่ได้ ในอนาคต	-แนะนำวิธีการ แสดงเจตจำนง เช่น เขียนแสดง ความต้องการ (living will) หรือ ระบุบุคคล (proxy or surrogate decision maker) ที่ช่วยให้ตัดสินใจ แทน	-การแสดง เจตจำนง เกี่ยวกับ แผนการ รักษาพยาบาล

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
M: money (การเงิน)	มีปัญหาการเงิน ผู้ป่วยไม่มีรายได้	Financial burden	ลดภาระ ด้านการเงิน	-แนะนำขึ้น ทะเบียนรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่สำนักงานเขต -ลดค่าใช้จ่ายใน การดูแล เช่น เลือกใช้ยาที่เบิกได้ ไม่ซื้อยามากินเอง -แนะนำผู้ป่วย ซึ่งถนัดเย็บผ้า ให้ทำเล็กๆน้อยๆ เพื่อเป็นอาชีพเสริม และเพิ่มความ มีคุณค่าของตนเอง -หาแหล่งสนับสนุน การเงินทั้งจาก สมาชิกในครอบครัว (ลูกชาย) ญาติ ชุมชน	-ปัญหาการเงิน หนี้สิน
N: network (ระบบการดูแล)	ปัญหาการเข้าถึง การรักษา (ลูกไม่ว่างพามา ตรวจ) และไม่มี ระบบที่ช่วยใน การดูแล	-Social isolation -Problems with access to health care and social support	เข้าถึงการดูแล รักษาได้ดี และมีแหล่ง สนับสนุน ที่เหมาะสม	-มีการติดตาม การรักษาอย่าง ต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน สม่ำเสมอ -ประสานแหล่ง สนับสนุนใน ชุมชน เพื่อให้ ผู้ป่วยเข้าถึง ระบบบริการ โดยสะดวก เช่น การมีรถรับ-ส่ง บริการ	-การตรวจตามนัด -การมีกิจกรรม หรือส่วนร่วมใน ชุมชน

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/ problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
				-แนะนำแหล่ง สนับสนุนใน ชุมชน เช่น ทำกิจกรรม ช่วงกลางวัน ที่ ชมรมผู้สูงอายุใกล้ บ้าน ³¹	

หมายเหตุ: ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 15,16,23-31

เอกสารอ้างอิง

- 1.ปณิตา ลิ้มปะวัฒนชะ. ภาวะสมองเสื่อม. ใน: ปณิตา ลิ้มปะวัฒนชะ, บรรณาธิการ. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นที่น่าสนใจทางสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560. 93-115.
2. Timmons S, Manning E, Barrett A, Brady NM, Browne V, O'Shea E, et al. Dementia in older people admitted to hospital: a regional multi-hospital observational study of prevalence, associations and case recognition. Age Ageing 2015;44(6):993-999.
3. Bogetti-Salazar M, González-González C, Juárez-Cedillo T, Sánchez-García S, Rosas-Carrasco O. Severe potential drug-drug interactions in older adults with dementia and associated factors. Clinics (Sao Paulo) 2016;71(1):17-21.
4. De Fazio P, Ciambone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, et al. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: demographic variables and burden. Clin Interv Aging 2015;10:1085-1090.
5. Smith AD, Yaffe K. Dementia (including Alzheimer's disease) can be prevented: statement supported by international experts. J Alzheimers Dis 2014; 38(4): 699-703.
6. Steiner GZ, Ee Carolyn, Dubois S, MacMillan F, George ES, McBride KA, et al. "We need a one-stop-shop": co-creating the model of care for a

- multidisciplinary memory clinic with community members, GPs, aged care workers, service providers, and policy-makers. BMC Geriatrics 2020;20:49.
7. Chansirikarnjana S. Statement of Thailand at the First Ministerial Conference on Global Action Against Dementia on at World Health Organization HQ, Geneva [Online]. 2015 Mar 17 [cited 2020 Mar 14]. Available from: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/Member_State_tha.pdf?ua=1
 8. J Burt, J Rick, T Blakeman, J Protheroe, M Roland, P Bower. Care plans and care planning in long term conditions: a conceptual model. Prim Health Care Res Dev 2014;15(4):342-354.
 9. Dellefield ME. Interdisciplinary care planning and the written care plan in nursing homes: A critical review. The Gerontologist 2006;46(1):128-133.
 10. K.A. Monsen,¹ D.L. Foster,¹ T. Gomez,¹ J.K. Poulsen,² J. Mast,³ B.L. Westra, et al. Evidence-based Standardized Care Plans for Use Internationally to Improve Home Care Practice and Population Health. Appl Clin Inform 2011; 2(3): 373–383.
 11. Kua J. Treatment of dementia-an overview. SFP 2008;35(1):71-77.
 12. อรุณทิพย์ ไกรฤกษ์. ภาวะซึมเศร้าแบบพลันและภาวะสมองเสื่อม. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม, นิติกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: อีส ออกัส จำกัด; 2559: 61-70.
 13. Odenheimer G, Borson S, Sanders AE, Swain-Eng RJ, Kyomen HH, Tierney S, et al. Quality Improvement in Neurology: Dementia Management Quality Measures. J Am Geriatr Soc 62:558–561, 2013.
 14. McWhinney IR. Philosophical and scientific foundations of family medicine. In: McWhinney IR, editor. A textbook of family medicine. 2nd. New York: Oxford University Press;1997.p.44-82.
 15. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, วิภา ลิ้มสกุล. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน (Dementia). ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรรพรรณ คูหา,

- สุจิตรา ดวงดี, นิติกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic disease and geriatric syndromes). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ; 2557: 225-235.
- 16.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 4 (3):27-35.
- 17.Sheehan B. Assessment scales in dementia. Ther Adv Neurol Disord 2012;5(6):349-358.
- 18.Epperly T, Dunay MA. Alzheimer disease: pharmacologic and nonpharmacologic therapies for cognitive and functional symptoms. Am Fam Physician 2017;95(11):771-778.
- 19.American Geriatrics Society Expert Panel on the care of older adults with multimorbidity.Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. J Am Geriatr Soc 2012;60:E1-E25.
- 20.Parsons C. Polypharmacy and inappropriate medication use in patients with dementia: an under researched problem. Ther Adv Drug Saf 2017;8(1):31-46.
- 21.Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. J Nurs Educ 2011;4:62-75.
- 22.Buasi N, Permsuwan U. Validation of the Thai QOL-AD version in Alzheimer's patients and caregivers. Med J Aust 2014;7(6):251-259.
- 23.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะสมองเสื่อม”. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, นิติกุล ทองน่วม, อภิวรรณ ญัษฐมนวรกุล, สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, อรพรรณ คูหา, สมฤดี เนียมหอม, บรรณาธิการ.คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2557: 71-78.
- 24.คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557.

- 25.The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(11):2227-2246.
- 26.Unwin BK, Andrews CM, Andrews PM, Hanson JL. Therapeutic home adaptations for older adults with disabilities. *Am Fam Physician* 2009;80(9):963-968.
- 27.Collins LG. Caregiver care. *Am Fam Physician* 2011;83(11):1309-1317.
- 28.Ganz DA, Latham NK. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *N Engl J Med* 2020;382:734-743.
- 29.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension), สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. เชียงใหม่: ทรिक อินค์; 2562:19-24.
- 30.สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. 2561 [อ้างเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563]. จาก <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=ZTue!17!4!!390!BiuJHPad>
- 31.Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants. *Can Fam Physician* 2020;66:176-182.

แบบประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อ _____ ชื่อผู้ดูแล _____ HN _____ / _____ สิทธิการรักษา _____

A กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน: Barthel Index score _____ /20 (คะแนน 0-4:ต่ำมาก, 5-8:ต่ำ, 9-11 ปานกลาง, ≥12 สูง)

ระดับ	กินอาหาร	แต่งตัว	ขึ้นลงบันได	อาบน้ำ	เข้าห้องน้ำ	กลืนอาหาร	กลืนยาสีฟัน	แต่งตัว	การลุก	การเคลื่อนที่
พึ่งพิง	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
ต้องช่วยเหลือ	(1)	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)	(0)	ช่วยมาก (1) ช่วยบ้าง (2)	ใช้รถเข็น ได้เอง(1) เดินโดย มีคนช่วย(2)
ทำได้ด้วยตัวเอง	(2)	(2)	(2)	(1)	(2)	(2)	(2)	(1)	(3)	(3)

กิจกรรมประจำวันซับซ้อน: Lawton IADLs score _____ /8

ระดับ	ชื่อของ	การทำงานบ้าน	การจัดการเรื่องเงิน	การเตรียมอาหาร	การเดินทางรถสาธารณะ	การใช้โทรศัพท์
พึ่งพิง	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
ต้องช่วยเหลือ	(0)	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)
ทำได้ด้วยตัวเอง	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)

B มีปัญหาด้าน: ☐ กระวนกระวาย/ก้าวร้าว, _____ ☐ อารมณ์, _____ (คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า = _____)

☐ พฤติกรรมซ้ำๆ, _____ ☐ การนอน, _____ ☐ อื่นๆ, _____

C มีปัญหาด้าน: ☐ ความจำการเรียนรู้ ☐ การวางแผน ☐ ภาษา ☐ การรับรู้ทิศทาง ☐ การรับรู้ทางสังคม ☐ ความใส่ใจ
คะแนนการรู้คิด _____ /30 (Orientation _____, Registration _____, Attention _____, Calculation _____, Language _____, Recall _____)

D การใช้ยา _____

แพทย์ _____ ผลข้างเคียงจากยา _____ ยาที่ไม่เหมาะสม _____

การใช้ยาสม่ำเสมอ: ☐ ต่ำ ☐ ปานกลาง ☐ สูง ผู้ที่จัดยา: ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้อื่น, ระบุ _____

E การหกล้มปีที่ผ่านมา: ☐ ไม่มี ☐ มี, ที่ไหน _____, บ่อยแค่ไหน _____, กิจกรรมที่ทำตอนหกล้ม _____

ความปลอดภัยในบ้าน: ☐ แสงไฟไม่เพียงพอ ☐ พื้นลื่น ☐ ของวางเกะกะในบ้าน ☐ ของอันตรายไม่มีการเก็บซ่อน หรือใส่ในตู้ล็อก _____ ☐ บันไดเสี่ยงต่อการหกล้ม ☐ เสี่ยงต่อการเกิดไฟไหม้ ☐ ไม่มีราวจับในห้องน้ำ

☐ ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับญาติ ☐ ประตูล็อกไม่เหมาะสม ☐ ประตูบ้านไม่ปลอดภัย ☐ ภายนอกบ้านไม่เหมาะสม

☐ ความเสี่ยงอื่นๆ _____

การกระตุ้นการรู้คิด: การมี ☐ นาฬิกา ☐ ปฏิทิน ☐ รูปครอบครัว, กิจกรรมที่ทำในบ้าน _____

F แผนภูมิครอบครัว ภาระจากการดูแล; ผู้ดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี, Zarit burden interview score ____/15 ____

ผู้ดูแล		ปัญหา			บทบาทการดูแล
ชื่อ	ความสัมพันธ์	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	

G เป้าหมาย: 1. _____ 2. _____ 3. _____

H โรคประจำตัว _____

BP ____/____ mm/Hg PR ____/min RR ____/min BW ____ Kg Ht ____ cm BMI ____ Kg/m² (Mindex ____ Kg/m Demiquet ____ Kg/m²)

ปัญหาด้าน: ☐ สายตา Lt./Rt. ☐ การได้ยิน Lt./Rt. ☐ ช่องปาก, จำนวนฟัน _____, ☐ ฟันปลอมไม่เหมาะสม

☐ หัวใจและหลอดเลือด ☐ ทางเดินหายใจ ☐ การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ การกลืนอาหาร ☐ ปวดเข้า Lt./Rt. (ถ้าปวด,

☐ เสียกรอกรบ ☐ ข้อผิวดึง ☐ เจ็บ ☐ ข้อบวม/โตขึ้น ☐ ไม่อุ่นขึ้น)

TUGT ____/sec OLS ____/sec OSTA index _____ วัดขึ้น: ☐ ใช้หัวดีใหญ่, เมื่อไร _____ ☐ นิ้วโมคอคคัส,

เมื่อไร _____ ☐ บาดทะยัก, เมื่อไร _____

ปัญหาสุขภาพอื่นๆ _____

L การวางแผนดูแลล่วงหน้า: ☐ ไม่มี ☐ มี, ถ้ามี ☐ พินัยกรรมชีวิต ☐ ผู้พิทักษ์, ใคร _____

พินัยกรรม: ☐ ไม่มี ☐ มี

M ปัญหาการเงิน: ☐ ไม่มี ☐ มี, เบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ไม่มีสิทธิ ☐ ได้รับแล้ว ☐ ยังไม่ได้รับ,

บัตรผู้พิการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว ☐ ยังไม่ได้รับ

N ต้องการแหล่งสนับสนุนด้าน: ☐ การดูแล _____ ☐ ในชุมชน _____

☐ อื่นๆ _____

สรุปปัญหา: เป้าหมายการดูแล (G) _____

ด้านร่างกาย (C,D,H)	ด้านจิตใจ (B)	ด้านสังคม (E,F,G,L,M,N)
	ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ (A)	

TUGT: Timed Up and Go test, OLS: One-Leg Stance, OSTA index: Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians

บันทึกโดย _____ วันที่ _____

บทที่ 9

ผู้ดูแลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความสำคัญของผู้ดูแลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญและจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การมีผู้ดูแลประจำและมีแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลที่จำเป็นและเพียงพอ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้สามารถดูแลได้จนตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป นานาชาติและประเทศไทยต่างตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นนี้

ดังปรากฏในแผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017-2025 ขององค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลพึงได้รับการดูแลและการสนับสนุนการดูแลตามความจำเป็นอย่างเพียงพอ ตามเอกสิทธิ์ (autonomy) อย่างเป็นธรรม/เท่าเทียม (equality) ด้วยความเคารพ (respect) และอย่างสมศักดิ์ศรี (dignity)¹ โดยได้มีการจัดทำคู่มือการฝึกอบรมทางออนไลน์ (Support manual) สำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงคู่มือทางอินเทอร์เน็ตได้โดยสะดวกและประเทศต่างๆ สามารถนำไปปรับใช้ได้ เนื้อหาประกอบด้วย 5 ชุดการเรียนรู้ คือ 1) รู้จักภาวะสมองเสื่อม 2) การเป็นผู้ดูแล 3) การดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) การดูแลประจำวัน และ 5) การดูแลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้การสนับสนุนการดูแลสำหรับผู้ดูแล เป็นต้น²

องค์กร Alzheimer's Disease International และองค์กรของประเทศต่างๆ ได้มีการรณรงค์ในการพัฒนา “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: Dementia Friendly Communities” ในระดับนานาชาติ นั่นคือ การมีชุมชนที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชนของตนเอง โดยมีมุมมองว่าสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ต้องรับรู้กันในชุมชน ร่วมกันดูแล เผื่อระวัง และให้การช่วยเหลือกันในชุมชน³ นานาชาติได้มีการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบต่างๆ เช่น การมีอาสาสมัครในชุมชน เช่น Dementia friends หรือ Dementia supporters ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและบุคคลทั่วไป การมีกลุ่มสนับสนุนการดูแล (group supports) รวมถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนการดูแล (care support networks) ทั้งโดยองค์กรภาครัฐและเอกชน และมีการจัดสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชน เช่น Memory Café หรือ Dementia Cafe เป็นต้น⁴

สำหรับประเทศไทย มีการจัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 4 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแล เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีเป้าหมายเพื่อ ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องเรื่องสมองเสื่อม และผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) พึงได้รับการสนับสนุนเกื้อกูลจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵ นอกจากนี้ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้มีการรณรงค์ในการพัฒนา “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: Dementia Friendly Communities” ในสถานบริการและในชุมชน มีการดำเนินการพัฒนา Dementia friends หรือ Dementia supporters ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและบุคคลทั่วไป รวมถึงผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีความตระหนักและความเข้าใจ สามารถสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ในโรงพยาบาล และในชุมชนได้⁶ ซึ่งแนวคิดนี้ สอดคล้องกับเป้าหมายหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) ที่มุ่งให้ การดูแลผู้ดูแล/ครอบครัว เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้โดยไม่มีทุกขภาวะที่มากเกินไป⁷

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Caregivers of persons with dementia)

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (caregivers of persons with dementia) ในปัจจุบัน มีผู้ดูแล (caregiver) ในลักษณะที่หลากหลายรูปแบบในชุมชน ที่สามารถนำใช้และต่อยอดความรู้เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการองค์ความรู้เฉพาะทางได้เพิ่มขึ้น

ผู้ดูแล (caregiver) มีการจำแนกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

ผู้ดูแล (caregiver) จำแนกตามประเภทของการดูแลเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver)⁸ และ 2) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver)⁹

1) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง บุคคลผู้ให้การดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลและให้การช่วยเหลือดูแลโดยมีการคิดค่าตอบแทน หรือเป็นผู้ดูแลที่ได้มาโดยการจ้าง (paid caregiver)

2) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยการให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือ

ชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งมักมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล หรือ (unpaid caregiver)

ผู้ดูแล (caregiver) จำแนกตามระดับของการให้การช่วยเหลือดูแล⁹ แบ่งออกเป็น 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) และ 2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) โดยผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดหรือเป็นผู้ให้การดูแลเป็นส่วนใหญ่ของเวลาในการให้การดูแลทั้งหมด และผู้ดูแลรอง จะหมายถึง ผู้ให้การดูแลในระยะเวลาในการให้การดูแลเป็นลำดับรองจาก ผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ซึ่งในการจำแนกประเภทเช่นนี้ มักจะหมายถึงผู้ดูแลที่ให้การดูแลโดยตรง (direct caregivers) แก่ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้ดูแล (caregiver) ในทีมการดูแลของครอบครัว (family care team)¹⁰ อาจจำแนกผู้ดูแลตามบทบาทของผู้ให้การดูแลในทีมการดูแลของครอบครัวได้ เนื่องจากในการดูแลของครอบครัวหนึ่งๆ อาจมีผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลแตกต่างกัน ไม่ได้มีเฉพาะผู้ให้การดูแลโดยตรงเท่านั้น เช่น ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหนึ่งคน อาจมีการดูแลเป็นทีม คือ มีผู้ทำหน้าที่เป็น 1) ผู้จัดการการดูแล (care manager) มีบทบาทในการจัดการการให้การดูแล มักจะเป็นผู้จัดการด้านการเงิน/ค่าใช้จ่าย การสั่งการ/จัดหาผู้ดูแลโดยตรง การประสานการรักษากับบุคลากรทีมสุขภาพและสถานบริการต่างๆ เป็นต้น 2) ผู้ให้การดูแลโดยตรง (direct care) เป็นผู้กระทำการดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้ยา/การบำบัดต่างๆ และ 3) ผู้สนับสนุนการดูแล (care supporters) มักจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในการให้การดูแลในบางกิจกรรม หรือบางบทบาท เช่น ช่วยเหลือในการให้การดูแลโดยตรงบางเวลา บางกิจกรรม ผลัดเปลี่ยนการดูแลเป็นครั้งคราว หรือให้การสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ เช่น การเงิน/สิ่งของ/แรงงาน เป็นต้น

การมีทีมการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดทุกขภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวได้ แต่ในบางครอบครัว ที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ที่ต้องทำการดูแลในทุกบทบาท และในทุกด้านจะก่อให้เกิดทุกขภาวะและเกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลได้ ซึ่งมีรายงานถึง ผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลใน 3 ด้าน¹¹ คือ 1) ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย มีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาสุขภาพที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนหลับไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้น 2) ด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย

เกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขาดผู้ดูแลอื่นมาผลัดเปลี่ยน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์ อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ และผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล และ 3) ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการดูแล ทำให้ค่าใช้จ่ายในดูแลและรักษาผู้ป่วยสูง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน เช่น ปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีรายได้ลดลงได้ เป็นต้น

ผู้ดูแล (caregiver หรือเรียกว่า CG) ในระบบการดูแลระยะยาว (long term care; LTC) ของประเทศไทย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ มีการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง¹² โดยมอบหมายให้มี ผู้จัดการดูแล (care manager; CM) ผู้ดูแล (caregiver; CG) และมีแผนการดูแล (care plan; CP) ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง¹³ ซึ่งรวมถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ทั้งผู้จัดการดูแล (care manager; CM) และ ผู้ดูแล (caregiver; CG) ในระบบการดูแลระยะยาวนี้ แม้จะผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด แต่จำเป็นต้องได้รับความรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะในการดูแลตามแผนการดูแล (care plan; CP) ในกรณีที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติมด้วย (ดังตัวอย่างในบทที่ 5)

ผู้ดูแลในทุกประเภท ที่ต้องเป็น ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พึงได้รับการสนับสนุนการดูแลในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต และผู้ดูแลเองสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่ก่อให้เกิดทุพพิกษะที่มากเกินไปที่จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเองและต่อผู้ที่ถูกดูแลได้

เครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia care support networks)

เครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีหลากหลายรูปแบบ ในที่นี้
นำเสนอ รูปแบบของการจัดทำกลุ่มสนับสนุน (group support) การสร้างสังคม/ชุมชน
ที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia friendly society/community)
และผู้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia supporters) ซึ่งสามารถ
พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เกิดขึ้นทั้งในสถาบันบริการและ
ในชุมชน

1. กลุ่มสนับสนุน (group support)

กลุ่มสนับสนุน (group support) หรือในบางครั้งเรียก กลุ่มบำบัดช่วยเหลือ
ตนเอง (self-help group)¹⁴ ในที่นี้ใช้คำว่า กลุ่มสนับสนุน (group support) ซึ่งใน
กระบวนการดำเนินการ เป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่มจากผู้มีประสบการณ์ตรงและ/หรือ
ผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญอย่างมีหลักการและอย่างเป็นรูปแบบ

กลุ่มสนับสนุน (group support)¹⁵ หมายถึง การรวมตัวกันขึ้นของกลุ่มบุคคลที่
มีความต้องการทั่วไป มีประสบการณ์หรือมีปัญหา คล้ายคลึงกัน หรือปัญหาอื่นๆ
ที่ยุ่งยากซับซ้อน ที่อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตใจและปัญหาที่มี
ความยากลำบากในการแก้ไข โดยกลุ่มจะช่วยเหลือกัน และมีการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการรวมกลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะ
สมองเสื่อม ซึ่งมีความต้องการ หรือปัญหาที่คล้ายคลึงกันมาเข้ากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยน
ความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการกลุ่มช่วยให้ญาติ
ผู้ดูแลผ่อนคลาย และปลอดภัย ซึ่งเอื้อต่อการที่จะให้สมาชิกแต่ละคนเปิดเผยความรู้สึก
(feeling) ความคิด (thinking) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (experience) ในการดูแล
ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในรูปแบบใหม่ ที่เป็นไปใน
ทางบวก สร้างสรรค์ และมีทางออก สามารถแก้ไขปัญหาได้ ตลอดจนนำมาซึ่ง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) ในที่สุด

การให้คำปรึกษา¹⁵ เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคล อาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างผู้ให้การปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้
อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ขอรับการปรึกษา ได้สำรวจทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหา
และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาตามรูปแบบ
group support เป็นการให้คำปรึกษาจากผู้ที่เป็นผู้ดูแล ครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อม จึงเป็นคำปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์จริง

ประโยชน์ของการทำกลุ่มสนับสนุน นอกจากจะช่วยให้แนวทางสมาชิกในการแก้ปัญหาแล้ว ยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความท้อแท้ และเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทุกข์เหมือนกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจ มีความเข้าใจ และได้รับประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อนที่เป็นญาติผู้ดูแลเช่นกัน ได้แนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมือนหรือต่างกัน เป็นทั้งผู้รับการช่วยเหลือ และเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

การจัดทำ group support มี 2 ลักษณะ คือ

1. **กลุ่มเปิด** คือ การทำกลุ่มที่สมาชิกที่มีอยู่สามารถอยู่ถึงสิ้นสุดกระบวนการ หรืออาจจะออกไปก่อน ขณะที่กลุ่มกำลังดำเนินไป สมาชิกใหม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มเติมด้วยได้ หมุนเวียนไปได้เรื่อย ๆ

2. **กลุ่มปิด** คือ การทำกลุ่มที่สมาชิกเข้ามาร่วมกลุ่มตั้งแต่เริ่มเปิดกลุ่ม จนถึงเสร็จสิ้นกลุ่ม ประโยชน์ของกลุ่มปิด คือ ญาติ ผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นพัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองได้ กลุ่มมีความไว้วางใจกันมาก เพราะได้ร่วมแบ่งปันความรู้สึก ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกลุ่ม

แนวทางการจัดทำ group support¹⁵

ในการจัดทำกลุ่มสนับสนุน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ให้บริการ (ทีมสุขภาพ) หรือผู้ทำกลุ่มสนับสนุน ต้องคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ สถานที่ และบุคคลที่เป็นสมาชิกกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่มจะเป็นกลุ่มเปิดหรือกลุ่มปิด ขึ้นกับความต้องการ วัตถุประสงค์และประโยชน์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาและความถี่ของการจัดกลุ่ม และการกำหนดวันที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อม และในเรื่องงบประมาณการดำเนินการกลุ่ม

โดยกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมกลุ่ม ควรเป็นผู้ที่มีปัญหาในเรื่องเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน โดยมีอาการ ระยะเวลาการรักษาต่างกัน กลุ่มที่ทำได้มีประสิทธิภาพนั้น สมาชิกควรมีจำนวนประมาณ 7-15 คน¹⁶

ขั้นตอนการดำเนินการ เพื่อทำ group support

1. ระยะเตรียมการ

การเตรียม	รายละเอียด
คน	- จัดเตรียมเอกสาร และนัดหมายญาติผู้ดูแลที่จะมาเข้ากลุ่ม - กำหนดเป้าหมาย จำนวนครั้งของการจัดกลุ่ม รวมไปถึงจัดเตรียมสถานที่สำหรับการจัดกลุ่ม
การวางแผน	- ควรมีการวางแผนก่อนที่จะเริ่มการจัดกลุ่มครั้งแรก โดยควรกำหนดจำนวนสมาชิกกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่ม (ควรจัดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากน้อยกว่านี้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการสลายของกลุ่ม) - ผู้นำกลุ่มอาจเป็นญาติผู้ดูแลหรือ บุคลากรทีมสุขภาพก็ได้
สถานที่	- สถานที่ประชุมกลุ่ม ต้องเข้าถึงง่าย การเดินทางสะดวก - ห้องประชุมพอดีกับจำนวน สมาชิกกลุ่ม ไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป ไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย เพราะทำให้สมาชิกต้องจดจำ อาจทำให้มีความเบื่อและไม่สนใจที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มด้วย - มีห้องน้ำสะดวกเพียงพอ กับสมาชิกกลุ่ม และมีผู้ให้ข้อมูลเรื่องสถานที่นัดพบ
การนัดหมายเข้ากลุ่ม	- เน้นในเรื่อง วัน เวลาที่มีการจัดกลุ่มสนับสนุน สถานที่และโปรแกรม - เน้นย้ำในเรื่องของการนัดหมายครั้งต่อไป

2. ระยะดำเนินการ¹⁷

กระบวนการ	รายละเอียด
ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ	เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรช่วยให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดหมายของกลุ่มและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกในกลุ่ม
ระยะดำเนินการกลุ่ม	ในระยะนี้สมาชิกมักจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม ควรทำให้กลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตน

กระบวนการ	รายละเอียด
	นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลนี้กลับไปยังเพื่อนสมาชิกของกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณเองมีค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่าง
ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม	เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของตนเองความสำเร็จของกลุ่มนอกจากจะประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้าในกรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสเขาได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม หรือบางคนอาจจะมีเรื่องที่ค้างคาใจและไม่ได้รับคำตอบสนอง ในช่วงของการดำเนินการกลุ่มการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และการเป็นเครือข่ายกัน สามารถเป็นที่ปรึกษากันได้ทางโทรศัพท์ การติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการการแก้ปัญหา ตลอดจนการนัดหมายครั้งต่อไป

3. ระยะติดตามและประเมินผล

การติดตามผลทันทีหลังจากสิ้นสุดกลุ่ม หรือติดตามความยั่งยืนของกลุ่ม ซึ่งควรมีการประเมินผลทั้ง ระยะสั้น ระยะยาว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงควรพยายามรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มไว้ และควรทำการประเมินผลในระยะ 2-3 เดือน และ 6 เดือน วิธีการอาจทำได้โดยใช้แบบสอบถามสมาชิกหรือติดต่อสอบถามว่า สมาชิกสามารถนำประสบการณ์กลุ่มไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตหรือไม่ นอกจากนี้อาจใช้วิธีเชิญสมาชิกกลุ่มทั้งหมดกลับมาประชุม เพื่อติดตามผลซึ่งการติดตามผลนี้มีส่วนช่วยให้สมาชิกแต่ละคนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาโดยการทำกลุ่มสนับสนุน¹⁶

ประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการยอมรับ รวมถึงได้รับความเข้าใจจากผู้ดูแล ถึงการดำเนินของโรค และปัญหาพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ลดการถูกทอดทิ้ง การทำร้ายร่างกายหรือทำร้ายจิตใจต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประโยชน์ต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลรู้สึกเครียดลดลง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีเพื่อนที่เข้าใจกัน สามารถปรับทุกข์สุขได้ มีการให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกดีขึ้น
2. ผู้ดูแลสามารถยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและนำไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
3. ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การทำกลุ่มสนับสนุน group support: กรณีศึกษา ศิริรัฐนิคมโมเดล

กรณีศึกษา ครั้งนี้ นำเสนอประสบการณ์ ของ DT CM ในการจัดทำ “กลุ่มสนับสนุน ผู้ดูแลและครอบครัว” ใน day care center: ศิริรัฐนิคมโมเดล¹⁸ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจในรูปธรรมของการจัดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในศูนย์การดูแลช่วงกลางวัน ของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ซึ่งได้ดำเนินการจัดบริการ “กลุ่มสนับสนุน (group support)” ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ภายหลังจากการเปิดให้บริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน (day care) จากการถอดบทเรียน การดำเนินการกลุ่มสนับสนุน (group support) พบว่า วิธีการจัดการดูแลแก้ไข้ปัญหา ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้มาจากการเรียนรู้กับตัวผู้ดูแลเอง ทีมสุขภาพต้องพยายามเสริมพลังผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้ เพราะหลายปัญหาไม่สามารถจัดการด้วยการใช้ยาเท่านั้น การจัดการให้มีการรวมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล พบว่า เป็นการแก้ปัญหาที่ตรงจุด เพราะเป็นประสบการณ์ตรงจากผู้ดูแลเอง ถือเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ที่มีคุณค่าอย่างมาก สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการดูแลในพื้นที่ สรุปลได้ ดังนี้ คือ

1) ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแล ได้เล่าประสบการณ์จากการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแลว่า “เครียดน้อยลง รู้สึกดีที่มีคนเข้าใจเรา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกตนเองมีคุณค่าขึ้น” ดังที่ญาติผู้ดูแลได้เล่าว่า

ผู้ดูแลคนที่ 1 : “โชคดียิ่งที่ตัดสินใจมาทำกลุ่มนะ ไม่คิดเลยว่าปัญหาที่คนอื่นเจอมากกว่าที่เราเจออีก ฟังเรื่องราวของเพื่อน คนโน้นที คนนี้ที เอามาใช้กับแม่ตัวเอง มันได้ผลมากมาย ไม่ต้องนั่งกลุ้มใจแล้ว”

ผู้ดูแลคนที่ 2 : “ พี่รู้สึกดีขึ้นมากเลยตั้งแต่มาเข้ากลุ่มนี้ เมื่อก่อนคิดว่าทำไมตัวเองโชคร้ายอย่างนี้ ต้องดูแลพ่อที่หลงลืมจำแม้กระทั่งลูกตัวเองก็ไม่ได้ เคยคิดอยากให้อายุตายไปให้พ้นๆ รู้สึกผิดมาตลอด แต่วันนี้เพื่อนๆในกลุ่มบอกว่าเป็นเรื่องปกติที่คิดแบบนี้ เพียงแต่ให้มันดี เมื่อไรที่คิดแบบนี้ขอให้รับรู้ว่ามีคนคอยอยู่ พยายามคิดอะไรดีๆ ขึ้นมาแทน ต้องหัดให้อภัยตัวเอง”

ผู้ดูแลคนที่ 3 : “ พี่รู้สึกดีนะที่ได้ดูแลแม่ ถึงแก่จะจำพี่ไม่ได้ แต่พี่ยังจำสิ่งที่แม่ทำให้พี่ได้ตลอด ถึงแม่มันจะเหนื่อย แต่พี่ก็รู้สึกภูมิใจนะ”

2) ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ซึ่งนำไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังที่ผู้ดูแลได้ถ่ายทอดข้อมูลว่า “การมาเข้ากลุ่ม ทำให้เข้าใจการดำเนินของโรคสมองเสื่อมดีขึ้น ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้มากขึ้น” ดังข้อมูลว่า

ผู้ดูแลคนที่ 1 : “ถ้าไม่ได้มาเข้ากลุ่ม พี่จะไม่รู้เลยว่า ถ้าแม่ไม่ยอมอาบน้ำ เราจะทำอย่างไรดี ถ้าเป็นเมื่อก่อน คงทะเลาะกันบ้านแตก รู้สึกขอบคุณน้อง ที่เล่าวิธีการพาแม่อาบน้ำได้สำเร็จ เดียวจะลองทำดูบ้าง”

ผู้ดูแลคนที่ 2 : “มาเข้ากลุ่มหลายครั้งแล้ว รู้สึกดีนะ ทำให้เรารู้ว่า ควรจะทำอย่างไร ตอนที่ดูแลแม่ เมื่อก่อนเราก็กินข้าวไม่เข้าใจนะ มีเรื่องกันทุกวัน แม่เคยทำอะไรได้ไม่จุจกิก กลายเป็นคนจู้จี้ขี้บ่น กินข้าวแล้วก็บอกว่ายังไม่กิน ต้องอธิบายกันนาน ก็ไม่เข้าใจ พี่น้องก็ไม่พอใจเราและยังหาว่าเราไม่ให้แม่กินข้าว เครียดมากเลย พอมาเข้ากลุ่มช่วยทำให้เราเข้าใจมากขึ้น รู้ว่าควรทำอย่างไรที่ทำให้เขาอารมณ์ดี ไม่ต้องเถียงกัน ทุกคนก็รู้อยู่ตอนนี้เลยสบายขึ้นมาก”

3) เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ดูแลมากขึ้น ดังข้อมูลว่า

ผู้ดูแลคนที่ 1 : “พอมาทำกลุ่ม ถึงรู้ว่าเราต้องดูแลตัวเองเหมือนกัน ก่อนหน้านี้ไม่เคยสนใจ ใช้ชีวิตให้มันผ่านไปแต่ละวัน ต้องไปออกกำลังกายบ้างแล้ว ก่อนที่จะสมองเสื่อมตามแม่ไปอีกคน”

ผู้ดูแลคนที่ 2 : “ตั้งแต่มาทำกลุ่ม ผมคิดบวกเป็น ผมไม่เครียดแล้ว”

โดยสรุป การจัดทำกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ เป็นประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้ญาติ/ผู้ดูแล คลายความเครียด ลดความอ่อนล้า สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ แม้ว่าการดำเนินโรคจะมีความซับซ้อน และทำให้ญาติผู้ดูแลมีการตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้รับประโยชน์และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีเพื่อน มีเครือข่าย และช่วยเหลือกันอย่างเหนียวแน่นในเวลาต่อมา ในขณะที่เดียวกันองค์ความรู้และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม ก็เป็นประสบการณ์ที่ดีสำหรับ Dementia Care Manager (DT CM) เช่นกัน

บทเรียนรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการทำกลุ่มสนับสนุน (group support) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สำหรับ DT CM หรือผู้ดำเนินการกลุ่มสนับสนุน คือ

1. การนัดทำกลุ่มครั้งแรก เป็นช่วงที่มีคุณค่า เพราะเป็นเวลาที่ทีมสุขภาพและผู้ดูแล ได้ทำความรู้จักกัน มีการรับรู้ร่วมกันในเรื่องของการทำกลุ่ม วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นเหมือนการปฐมนิเทศ เป็นการเริ่มสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการก่อนการทำกลุ่ม ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่กลุ่มต้องการ การนัดครั้งแรก จึงเป็นพื้นฐานในการนัดครั้งต่อไป กระบวนการดำเนินการกลุ่ม ในแต่ละครั้งที่พบกันเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

2. ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนากลุ่มให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และรู้สึกปลอดภัยที่เข้าร่วมกลุ่ม สามารถใช้กลุ่มเป็นที่ระบายอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่น โกรธ ไม่พอใจ รู้สึกผิด สับสน กังวลใจ สมาชิกทุกคนสามารถรับฟังได้โดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่พูดผิดหรือถูก มีความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ และช่วยกันหาทางออกอย่างเป็นมิตร ซึ่งในกลุ่มจะมีทั้งผู้ให้และผู้รับข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ ช่วยให้กลุ่มเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

3. การดำเนินการกลุ่ม เมื่อมาถึงส่วนที่เป็นปัญหาของแต่ละคน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วยโดยตรง หรือเป็นปัญหาของผู้ดูแลก็ตาม สมาชิกกลุ่มก็มีพัฒนาการในการรับรู้ร่วมกัน รับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะช่วยกันหาทางออกของปัญหา ผู้ที่เคยมีประสบการณ์อาจเสนอแนะทางเลือก และให้ผู้รับตัดสินใจในการนำวิธีการแนวทางต่างๆ ไปแก้ปัญหที่ตนเองประสบอยู่ ไม่มีการบังคับทุกคนมีส่วนช่วยเหลือเป็นมิตรต่อกัน สิ่งสำคัญผู้นำกลุ่มต้องไวต่อความรู้สึกรับรู้

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และรับบทบาทเป็นผู้เอื้อประโยชน์ ให้เกิดขึ้นแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

4. ช่วงสุดท้ายของการพบกันแต่ละครั้ง การให้บทสรุปในสิ่งที่ทุกคนเรียนรู้ร่วมกัน การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) การให้ได้แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม ซึ่งบางคนอาจมีเรื่องที่ค้างคาใจและไม่ได้รับการตอบสนองในช่วงของการดำเนินการกลุ่ม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายเป็นที่ปรึกษากันได้ทางโทรศัพท์ สามารถติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการ การแก้ปัญหา และทำการนัดหมายครั้งต่อไปได้

2. การสร้างสังคม/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia friendly society/ community)

การสร้างสังคม/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็น การสร้างสังคม/ชุมชนที่มีความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อมให้กับประชาชนในสังคม/ท้องถิ่น และร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมตามบริบท เช่น การจัดให้มีสถานที่ การจัดกิจกรรม หรือการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนในชุมชน/ท้องถิ่น การพัฒนาบุคลากร/อาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน โดยความร่วมมือจากภาคประชาชน องค์กรภาคส่วนต่างๆ ชุมชน/ท้องถิ่น และด้วยการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปแกนนำท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนที่มีความสำคัญในการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia friendly community) เป็น การสร้างการรับรู้ของคนในชุมชนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องภาวะสมองเสื่อมให้กับประชาชน ท้องถิ่นจะเป็นผู้สนับสนุนที่มีความสำคัญในการดำเนินงานของทีม¹⁹ มีการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการอำนวยการท้องถิ่น ซึ่งได้มีการทำให้เกิดชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงคนในท้องถิ่นจะได้รับการแต่งตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากพันธมิตร และอาสาสมัครจะได้รับการอบรมความรู้ และทัศนคติต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม^{19,20}

ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การมีชุมชนที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชนของตนเอง โดยมีมุมมองว่าสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ต้องรับรู้กันในชุมชน ร่วมกันดูแล ฝักระวัง และให้การช่วยเหลือกันในชุมชน ตัวอย่าง ของการสร้างการรวมกลุ่มขององค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่สมัครใจ โดยการจัดทำข้อมูลและคำแนะนำให้กับภาคส่วนต่างๆ ในเรื่องของเทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การบริการทางการเงิน การเข้าถึงบริการและการแบ่งปันข้อมูลของ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในสหราชอาณาจักร มีการดำเนินการในนามของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการสร้างสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น มีคู่มือปฏิบัติสำหรับนายจ้าง แนวทางการสร้างศิลปะที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การสร้างเทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวทางบริการด้านการเงินที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม วิธีการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การให้คำแนะนำสำหรับพนักงานที่ต้องเผชิญกับลูกค้าที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น²⁰

ตัวอย่างของการจัดสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล (dementia friendly place) ในรูปแบบ เช่น Memory Café หรือ Dementia Café ในประเทศจีน มีการจัดสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในรูปแบบที่เรียกว่า Memory café และในประเทศญี่ปุ่น เรียกว่า Dementia café โดยเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและมีกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น กิจกรรมการทางกาย กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการฝึกสมอง กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลากหลายรูปแบบ รวมถึงเป็นสถานที่ผู้ดูแลสามารถมาพบปะสังสรรค์หรือ ปรึกษาหารือ มีการสนับสนุนระหว่างกันของผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้⁴

3. ผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia supporter)^{19,21,22,23}

ผู้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ เพื่อน/ผู้ที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่เรียกว่า dementia friends หรือในที่นี้ใช้คำว่า dementia supporter คือ ผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้ผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ เป็นผู้สร้างความเข้าใจและความตระหนักรู้เรื่องสมองเสื่อมในชุมชน และช่วยเหลือติดต่อและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแล ครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ในบริบทของพื้นที่ประเทศไทยแล้วอาจเป็น **เพื่อนบ้าน/อาสาสมัคร/กลุ่มสนับสนุนในชุมชน**

จากแนวคิดที่ต้องการสร้างสังคม/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia friendly communities) จึงเกิดการพัฒนาศาสนาผู้สนับสนุนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ dementia supporter เพื่อช่วยในการประสานงานสร้างความเข้าใจให้คำแนะนำในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว รวมถึง การสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวอย่างของประเทศญี่ปุ่น มีการพัฒนา dementia supporter ทั้งบุคลากรวิชาชีพและประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้และความตระหนักในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่ผ่านการอบรมจะมีเครื่องหมาย wristband สีส้ม (orange wristband) แสดงว่า มีสัญลักษณ์ของการเป็น dementia supporter

ตัวอย่างของ สาธารณรัฐเกาหลี มีการจัดอบรม dementia supporter เพื่อสร้างความตระหนักและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้โครงการ War on Dementia ของรัฐบาล โดยมีกิจกรรมที่ให้กลุ่มวัยรุ่นในประเทศชมภาพยนตร์เสมือนจริง (3D) เพื่อจำลองเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสาธารณรัฐเกาหลีให้ความสำคัญในการสร้างความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในที่นี้ กล่าวถึง dementia supporter ในด้านคุณลักษณะ สิ่งที่ต้องรู้ และบทบาทของ dementia supporter ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร (CDC system) ดังนี้

คุณลักษณะของ dementia supporter

1. มีจิตอาสา ที่จะร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. มีองค์ความรู้เรื่องสมองเสื่อม
3. มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

สิ่งที่ dementia supporter ควรรู้

1. ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม และปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และความผิดปกติทางจิต (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. เทคนิคการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเบื้องต้น
4. ความรู้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทบาทของ dementia supporter

1. สร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และตระหนักเรื่องสมองเสื่อม
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. สามารถให้ข้อมูลเรื่องสมองเสื่อมได้
4. เป็นส่วนหนึ่งในทีมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
5. เผื่อระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
6. รับฟังปัญหา และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ดูแลและครอบครัวได้
7. สร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน

บทบาทของ dementia supporter ในการสนับสนุน ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) มีดังนี้

เนื่องจากระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มี **ระบบการคัดกรองคัดแยก** เพื่อคัดกรองคัดแยกผู้ป่วยและผู้ที่มีความผิดปกติ เพื่อให้การดูแลป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม มี **ระบบการวินิจฉัย** รักษาตั้งแต่เริ่มต้นต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์ และ มี **ระบบการดูแลต่อเนื่อง** เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและอย่างมีระบบ ซึ่ง dementia supporter จะมีบทบาทที่สำคัญใน 2 ระบบย่อยหลักๆ ดังนี้

ระดับสถานบริการ	ระบบคัดกรอง/คัดแยก	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
ปฐมภูมิ	แนะนำผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการคัดกรอง คัดแยกเรื่องสมองเสื่อม	ประสาน DT CM ในการรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมาดูแลในชุมชน
ทุติยภูมิ	คัดกรองผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำเพื่อให้ได้รับการเรื่องสมองเสื่อม	ประสาน DT CM ในการรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมาดูแลในชุมชน เผื่อระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเดินทางกลับบ้าน
ตติยภูมิ	คัดกรองผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำเพื่อให้ได้รับการเรื่องสมองเสื่อม และให้ข้อมูลเรื่องสมองเสื่อม เพื่อสร้างความตระหนักรู้	ประสาน DT CM ในการรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมาดูแลในชุมชน เผื่อระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเดินทางกลับบ้าน และอาการ BPSD

สรุป

ในบทนี้กล่าวถึง ความสำคัญของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และเครือข่ายสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลากหลายประเภท จำแนกตามประเภทของการเป็นผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะและระดับปริมาณของการดูแล และตามบทบาทของการดูแลในทีมการดูแลโดยครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พึงได้รับการสนับสนุนการดูแลในรูปแบบต่างๆ เพื่อลดทุกภาระของการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณภาพได้ เครือข่ายสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีความสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พึงมีได้แก่ การจัดให้มี กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (group support) การสร้างชุมชน/สังคมที่เป็น

มิตรกับผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม (dementia friendly community/society) รูปแบบต่างๆ รวมถึงการพัฒนาผู้สนับสนุนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia supporter) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO;2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. World Health Organization. iSupport for dementia training and support manual for carers of people with dementia. Geneva: WHO;2019.
3. Alzheimer's Disease International. Dementia Friendly Communities Global developments. London: Alzheimer's Disease International;2016.
4. World Health Organization. Western Pacific Region. Dementia toolkit for community workers in low-and middle-income countries: guide for community-based management and care of people with dementia. Manila, Philippines. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific;2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์สมองเสื่อมประเทศไทยหรือแผนแม่บทหรือแนวทางการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อม ฉบับที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2569). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2560.
6. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. ข่าวสารสมาคม. Available from: www.azthai.org.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร: บริษัทไซเบอร์ พรินท์กรุ๊ปจำกัด; 2562.
8. อรพรรณ พุฒินิไซติ. การดูแลผู้ให้การดูแล. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Caring_of_the_Caregiver/index1.html [4].
9. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2539: ปีที่ 2 (ฉบับที่ 1) : 84-94.[5].

10. เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
11. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2556.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2559.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. LTC ผู้สูงอายุ. Available from: www.ltc.anamai.moph.go.th
14. พนม เกตุมาน. กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกันเอง (Self-help group). Available from: https://www.psychlin.co.th/new_page_80.htm
15. สมทรง จุไรทัศน์ย์. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่ญาติและครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการอบรมแนวทางและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2558.
16. สมทรง จุไรทัศน์ย์. ถอดบทเรียนการจัดกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. เอกสารอัดสำเนา; 2557.
17. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือภาคประชาชนสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เรื่อง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group). 2557. พฤษภาคม; 10-11. [10].
18. สุวรรณ นิยมจิตร. ข้อมูลบทบาทของ DT CM ในการทำกลุ่มสนับสนุน group support สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ใน day care center. ศิริรัฐนิคมโมเดล. เอกสารอัดสำเนา; 2563.
19. Yukihisa Matsuda, Reiko Hashimoto, Sachiko Takemoto, Yuka Yoshioka, Takashi Uehara, Yasuhiro Kawasaki. Educational benefits for nurses and nursing students of the dementia supporter training program in Japan. PLOS ONE July 19, 2018. [12].
20. Alzheimer's Association Japan. National Campaign of Dementia Supporter Caravan. [13].

21. Innovations in Dementia. Dementia Capable Communities The views of people with dementia and their supporters. February 2011. [14]
22. National Dementia Framework Collaborative. Supporting Family & Whānau of People Living with Dementia. 2019. [15].
23. National Caravan-Mate Coordinating Committee Hiroko Sugawara. "Ninchish (Dementia) Supporter Caravan" Supporter Training in Communities. [16].

บทที่ 10

การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

ในบทนี้ กล่าวถึง ความสำคัญและความจำเป็นของการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว แนวคิดการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม และการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) และแหล่งประโยชน์ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมภาวะสมองเสื่อมในบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นความรู้และเครื่องมือสำหรับ ผู้จัดการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care manager: DT CM) สามารถเลือกใช้เพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล/ครอบครัวในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ความสำคัญและความจำเป็น

หลักการและเหตุผล ที่ทุกประเทศต้องมีการดำเนินการในการคุ้มครองทางสังคม (social protection) เพราะการคุ้มครองทางสังคม เป็นสิทธิมนุษยชน และเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นนโยบายโลก “เป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)” ซึ่งมีทั้งหมด 17 เป้าหมาย โดยใน **เป้าหมายที่ 1 (SDG 1)** เรียกร้องให้ทุกประเทศทั่วโลก จัดให้มีการประกันความมั่นคงทางสังคม (social security) สำหรับประชาชนทุกคน เพื่อเป็นหนทางไปสู่การขจัดความยากจนในทุกคนทุกทางและทุกหนแห่ง ภายในปี ค.ศ. 2030 นี้ [1] นอกจากนี้ การสร้างความคุ้มครองทางสังคม (social protection) ยังถือเป็นหลักการพื้นฐานของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนในทุกเป้าหมายด้วย ดังนั้น ในทุกประเทศทั่วโลกจึงมีข้อตกลงภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนนานาชาติ (international human rights law) ในการสร้างการประกันการคุ้มครองทางสังคมสำหรับบุคคลทุกคนให้ได้รับ “สิทธิในการได้รับความคุ้มครองทางสังคม” ดังนั้น บุคคลทุกคน พึงได้รับ **ความคุ้มครองทางสังคม** ตามสิทธิมนุษยชน อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีการแบ่งแยก และในการออกแบบดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการจัดให้ความคุ้มครองทางสังคม จะต้องคำนึงถึงหลักการของการมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ และความโปร่งใสในการดำเนินการด้วย¹

ความจำเป็นที่ต้องมีการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเรื่องที่มีความท้าทายและต้องการความรู้และความเข้าใจในการดูแลอย่างมาก จากปกติผู้สูงอายุก็มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว และต้องได้รับการดูแลที่ต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยแล้ว ยังมีความต้องการความดูแลมากขึ้น ครอบครัวใดที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในความดูแล ถ้าไม่มีความพร้อมในการดูแลและหรือประสบปัญหาการดูแล จะมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพกาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาของผู้ดูแลเอง ดังนั้น ในระดับนานาชาติจึงมีการเรียกร้องให้การคุ้มครองทางสังคม ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองด้านสุขภาพด้วยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลเป็นการเฉพาะด้วย แต่ในบริบทของประเทศไทยยังไม่มีมีการคุ้มครองในภาวะสมองเสื่อมเป็นการเฉพาะ จำเป็นต้องมีการบูรณาการการการจัดบริการที่มีอยู่มาใช้เพื่อประโยชน์ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว

ด้านการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก มีการกำหนดตัวชี้วัด ในการจัดทำแผนปฏิบัติการภาวะสมองเสื่อมโลก (Global Dementia Action Plan) และในนโยบายการสังเกตการณ์ด้านภาวะสมองเสื่อมโลก (Global Dementia Observatory: GDO) เพื่อให้นานาชาติประเทศดำเนินการขานรับนโยบายด้านภาวะสมองเสื่อมนี้^{2,3} ดังตัวอย่างในแผนปฏิบัติการที่ 5: การสนับสนุนผู้ดูแล (Support for dementia carers) และในการสังเกตการณ์ด้านภาวะสมองเสื่อมโลก (Global Dementia Observatory: GDO) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ 12 ด้านการจัดบริการสนับสนุนผู้ดูแล (Indicator 12: dementia carer support services) คือ “การจัดให้มีค่าตอบแทน/การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Existence of financial benefits/social protection for dementia carers)” จากหลักการเหตุผลที่ว่า “การจัดให้มีช่องทางการดูแลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยภาคส่วนต่างๆ เช่น การมีบริการและการสนับสนุนแก่ผู้ดูแล จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและป้องกันการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคมของผู้ดูแลได้ โดยเป็นโปรแกรมที่ดำเนินการโดยภาครัฐในการให้ความคุ้มครองด้านสังคม/ผลประโยชน์ด้านการเงิน/ค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแล² ตัวอย่างของมาตรการต่างๆ ภายใต้ นโยบาย/ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การจัดให้มีค่าตอบแทน (financial benefits) หรือการประกันความมั่นคง/ความคุ้มครอง (social/security protection) ให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การคุ้มครองการจ้างงาน (employment protection) ผลประโยชน์ ค่าตอบแทน การจ้างงานโดยได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน

(paid or unpaid leave) การให้คุณค่าในการทำงานให้สังคม (credited social contributions) การดูแลทดแทน (respite care) การให้การฝึกอบรม (training) หรือ จ่ายค่าชดเชย/การลดหย่อนภาษี (subsidies/ tax allowances) การลดหย่อนค่าเดินทาง (discount transportation fares) การให้ร่วมเดินทางฟรี (free companion fares) เป็นต้น^{2,3}

นอกจากนี้ ในการสังเกตการณ์ด้านภาวะสมองเสื่อมโลก (Global Dementia Observatory: GDO) ยังมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ 9 คือ การจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพและบริการสังคมภาวะสมองเสื่อม (Indicator 9: dementia health and social care facilities) สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลและอื่นๆ โดยมีหลักการว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความจำเป็นต้องมีการดูแลที่ซับซ้อนเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงในระดับสูง จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบในการจัดบริการที่หลากหลายทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม การจัดให้มีบริการและศักยภาพของบริการจะบ่งชี้ถึงความสามารถในการดูแลภาวะสมองเสื่อมที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นและตามความชอบของผู้ใช้บริการได้ รัฐจึงจำเป็นต้องจัดให้มีบริการสุขภาพและสังคมที่หลากหลายรูปแบบทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรงพยาบาล บ้านพักระยะยาว ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน ศูนย์การดูแลระยะท้าย ศูนย์สุขภาพชุมชน และ ศูนย์บริการทางสังคม เป็นต้น^{2,3}

ในบริบทของประเทศไทย จากการตระหนักถึงทุกขภาวะของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว จึงได้มีความร่วมมือกันระหว่าง สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ในการดำเนินการ โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะแรกของพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาล ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาล บ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชน 12 จอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลศิริราชธนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁴ ซึ่งผลจากการถอดบทเรียนรู้การดำเนินการด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจากพื้นที่ต้นแบบ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว” สามารถสรุปเป็นบทเรียนนี้เกี่ยวกับ “ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: **ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว**”⁵
ซึ่งจะนำเสนอเพื่อเป็นแนวทางดำเนินการในบริบทของประเทศไทย ในบทนี้

แนวคิดการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม

แนวคิดการคุ้มครองทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีกรรวมอยู่ภายใต้แนวคิดการคุ้มครองทางสังคม ที่ใช้เป็นแนวคิดหลักในระดับสากล โดยแนวคิดของ **ความคุ้มครองทางสังคม (social protection)** พบว่า มีการใช้คำแทนกัน ได้แก่ คำว่า “ความมั่นคงทางสังคม (social security)” ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับ การประกันทางสังคม (social insurance) และ การช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) ในขณะที่ การช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) หมายถึง ผลตอบแทนในรูปแบบของเงินสดหรือในรูปอื่นที่ไม่ใช่เงิน (in cash or in kinds) ที่ดำเนินการโดยรัฐ (ระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น) โดยเป็นมาตรการหรือให้เป็นรายได้ ซึ่งรวมถึง อัตราค่าตอบแทนโดยครอบคลุม (universal benefit schemes) เช่นในรูปของภาษีรายได้แต่ไม่มีช่องทางการประเมิน (means test) ในขณะที่ การประกันทางสังคม (social insurance) เป็นความมั่นคงทางสังคม เป็นการสนับสนุนการเงินโดยขึ้นกับการจ่ายตามหลักการประกัน เพื่อป้องกันความเสี่ยงของบุคคลหรือระดับครัวเรือนในระยะต่อมา มีการใช้คำว่า **โครงข่ายการคุ้มครองทางสังคม (social safety nets)** ซึ่งมักจะหมายถึง การมีมาตรการการช่วยเหลือในระยะสั้น โดยการจัดให้มี กองทุนทางสังคม (social funds) หรือมีมาตรการบรรเทาทุกข์ทางสังคมในภาวะวิกฤติต่างๆ⁶

คำนิยามของความคุ้มครองทางสังคม (social protection) พบว่า หมายถึง “การดำเนินการของภาครัฐในการตอบสนองต่อภาวะเสี่ยง (risk) และภาวะขาดแคลน (deprivation) ที่ไม่พึงปรารถนา/ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมที่อยู่ภายใต้การปกครอง” โดยมีหลักการเหตุผล ของการสร้างความคุ้มครองทางสังคม ในบริบทของนานาชาติ คือ เพื่อสร้างพลวัตรและความสมดุลทางสังคมโดยการเพิ่มความมั่นคง (security) และความเท่าเทียม (equity) ในสังคม ซึ่งความคุ้มครองทางสังคม (social protection) มีองค์ประกอบ คือ การช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) และ ความมั่นคงทางสังคม (social security)⁶ ในขณะที่แนวคิดของ **ความคุ้มครองด้านสุขภาพ (health protection)** มักจะมีการใช้คำที่หมายถึง ความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) หรือคำว่า การประกันสุขภาพ (health insurance) เป็นต้น

การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยนั้น ยังไม่มีระบบหรือรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัวเป็นการเฉพาะ ทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบายและแนวทางการนำไปปฏิบัติ แต่สามารถนำใช้นโยบายด้าน ผู้สูงอายุ/คนพิการ นโยบายการดูแลระยะยาว และการดูแลระยะท้าย/ประคับประคอง และอื่นๆ ในส่วนนี้นำเสนอผลการศึกษาของประเทศไทย เรื่อง ระบบการคุ้มครอง ด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทของชุมชน โดยสถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า คำนิยาม ระบบการ คุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ได้จากการศึกษา หมายถึง “การจัดระบบการบริการสุขภาพและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และ เกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในกลุ่มหรือที่เรียกว่า “ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน” คือ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล/ครอบครัว (ดังภาพที่ 10.1)⁵ โดยภายใน องค์ประกอบของระบบฯ ประกอบด้วย

1) **แนวคิดหลัก** เรื่อง การมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม การจัดให้มีบริการทางสุขภาพ และทางสังคม/ชุมชน และการมีกฎหมาย/ นโยบาย/กลไก/เครื่องมือในการดำเนินงาน

2) **การจัดบริการการคุ้มครองทางสุขภาพ สังคม/ชุมชน** คือ มีการจัดบริการ สุขภาพ และการจัดบริการสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล/ ครอบครัว

3) **เป้าหมายของระบบการคุ้มครองฯ** คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล/ครอบครัว ผู้ให้บริการทั้งภาคสุขภาพและภาคสังคม/ชุมชน คงไว้ซึ่งวัฒนธรรมการดูแลของสังคม/ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน และ

4) **กลไกการขับเคลื่อนระบบคุ้มครองฯ** คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการนโยบายและงานการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้ระบบการดูแลระยะ ยาว การบูรณาการงบประมาณ/แหล่งทุน และอื่นๆ ในการร่วมดูแลในชุมชน

ซึ่งข้อค้นพบนี้ เป็นผลจากการถอดบทเรียน การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) และสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาอย่าง ยั่งยืนภายใต้บริบทของประเทศไทย ในด้านการสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียม ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม อย่างครบวงจร

ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม



ภาพที่ 10.1 ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม : ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว¹

การคุ้มครองทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการถอดบทเรียนใน CDC system ของการศึกษานี้ เน้นการจัดให้มีบริการและเข้าถึงบริการ (availability & accessibility) ภาวะสมองเสื่อมที่ครบวงจร ประกอบด้วยบริการใน 3 ระบบย่อย คือ 1) **ระบบการคัดกรอง คัดแยก** โดยเริ่มจากบริการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาของสภาพสมองในชุมชน/พื้นที่ โดยผ่านการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเรื่องการคัดกรองกลุ่มโรคในผู้สูงอายุ

ซึ่งรวมถึงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย แต่พบว่ามักไม่มีการดำเนินการต่อเนื่อง เป็นการคัดแล้วกอง ดังนั้นการคัดกรองด้านสุขภาพ ต้องจัดให้มีการเข้าถึงบริการคัดแยก ต่อเนื่องจากการคัดกรอง เพื่อสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมได้ และเมื่อผ่านระบบการคัดกรอง/คัดแยก จะส่งต่อเข้าสู่ 2) **ระบบการวินิจฉัย** (การคัดกลุ่ม) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งมักจะเป็นบริการที่ยังจำกัดในสถานบริการระดับตติยภูมิขั้นสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึง เข้าไม่ถึงบริการนี้ ในการคัดกรองด้านสุขภาพ จึงเป็นการดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเข้าถึงบริการการวินิจฉัยในชุมชนรูปแบบต่างๆ โดยสะดวก ณ จุดบริการเดียว และอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งใน CDC system มีการพัฒนารูปแบบ การวินิจฉัยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในบางพื้นที่ มีการดำเนินการรูปแบบเฉพาะที่ เรียกว่า “สภาลูกขุน” หรือโดย ผ่านคลินิกผู้สูงอายุ หรือผ่านระบบการส่งต่อที่ได้มีการประสานการดูแลเป็นกรณีพิเศษ เพื่อความสะดวกและทันการณ์ ซึ่งภายหลังได้รับการวินิจฉัย จะมีผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) เพื่อเข้าสู่ระบบต่อไป คือ 3) **ระบบการดูแลเนื่อง** ใน การดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมจะ รวมถึงการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกับระบบบริการที่มีการดำเนินการอยู่ คือ ระบบการดูแลระยะยาว ระบบการดูแลประคับประคอง/ระยะ ท้ายในชุมชน และตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ที่ทางภาครัฐได้ ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน⁵

การคัดกรองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็น การดำเนินการให้เกิดการคัดกรองทางสังคมในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเข้าถึงการคัดกรองทางสังคมได้ อย่างทั่วถึง โดยภาครัฐจะต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบ การคัดกรองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ และเชื่อมโยงกับ นโยบายหรือโครงการในภาครัฐโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่รับผิดชอบดูแลและได้มีการจัดบริการทางสังคมไว้ คือ เปียยังชีพผู้สูงอายุและ เปียผู้พิการ อย่างไรก็ตาม การคัดกรองทางสังคมของภาครัฐที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยัง ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัวและชุมชน ยังไม่มีระบบการคัดกรองในเชิงนโยบาย หรือกฎระเบียบของหน่วยงานในการดูแลอย่างชัดเจน จำเป็นต้องบูรณาการ การช่วยเหลือทางสังคม การสงเคราะห์ และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลสำหรับผู้ดูแล/ ครอบครัวและชุมชน เช่น จากกองทุนช่วยเหลือในชุมชน รูปแบบต่างๆ ที่ดำเนินงานโดย

ชุมชนและท้องถิ่นเอง เช่น กองทุนวันละบาท กองทุนของ อบท. เป็นต้น ซึ่งควรจัดให้มีนโยบายหรือโครงการของภาครัฐหรือท้องถิ่น/ชุมชนที่ดำเนินการหรือสนับสนุนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นการเฉพาะที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น⁵

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับ ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care manager: DT CM) เพื่อสามารถเลือกใช้ในการสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล/ครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

การคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคม ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร (CDC system)

การคุ้มครองทางสุขภาพ ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร (CDC system) เป็นการจกระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร โดยการให้บริการสุขภาพนั้นจะต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้สูงอายุและสิทธิของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและต้องถือว่าสมองเสื่อมเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลมากกว่า การดูแลผู้ป่วยโรคอื่น และมีผลกระทบรอบด้านทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นต้องมีการให้คุ้มครองให้ได้รับบริการที่เหมือนหรือเท่าเทียมกับโรคอื่นและเท่าเทียม เป็นธรรมในผู้สูงอายุด้วยกันเอง เมื่อการคัดกรองคัดแยก เป็นสิ่งสำคัญในการประเมิน ความเสี่ยงของการเป็นโรค ภาควิชาสุขภาพต้องประกันว่า **บริการคัดกรอง คัดแยกภาวะ สมองเสื่อม** ต้องเป็นบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงหรือเป็นบริการที่เข้าถึง ผู้สูงอายุได้อย่างถ้วนหน้า อันหมายถึงระบบนี้ต้องมีการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของ บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน แม้แต่การส่งต่อผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ คัดแยกและนำเสนอส่งว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึง **บริการการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัย** ต้องให้ดำเนินการอย่างทันการณ์และคล่องตัว ตอบสนองความต้องการและเชื่อมโยง ระบบแบบไร้รอยต่อในการบริการได้ จึงเป็นการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แม้ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ แต่มีสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาได้ การได้สิทธิในการรักษาที่ทันการณ์จะลดอุปสรรคของภาวะพึ่งพิง รวมทั้งสิทธิใน การได้รับยาและการบำบัดที่เหมาะสม บริการคัดกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือ ในสถานที่ห่างไกลบริการสุขภาพ ควรเป็นบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจและไม่ลำบาก ในการเข้ารับการรักษา นั่นหมายถึง ไม่เพียงแต่ต้องมีผู้วินิจฉัยและให้การรักษาอย่าง เพียงพอและสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น แต่ยังเป็นสิทธิสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมี ความจำกัดในการทำกิจกรรมและมีความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ไม่

คุ้นเคยจะได้รับการวินิจฉัยรูปแบบใหม่ที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือมากที่สุดอันจะสะท้อน คำว่าประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ **บริการการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุในชุมชน**⁷ ไม่ว่า จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ต้องการบริการของทีม สุขภาพระดับชุมชนที่ตอบสนองความต้องการดูแลผู้สูงอายุทุกคนทุกกลุ่ม บริการนั้นต้องมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้โดยสะดวก และต้องเชิงรุกในกรณีกับผู้สูงอายุที่มีความจำกัด *ผู้สูงอายุทุกคน* เป็นเป้าหมายของการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ควรต้องได้รับการ คัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม แล้วได้รับการดูแลตามสิทธิและสภาพสมอง การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มปกติต้องได้รับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมด้วย brain exercise ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องได้รับการฟื้นฟูสมองและป้องกันการเกิด สมองเสื่อมด้วย brain training หรือแม้แต่ผู้ที่มีภาวะเสื่อมแล้วยังต้องได้รับการดูแลที่ เรียกว่า brain care

ดังนั้น การคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ในเบื้องต้นสำหรับภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดให้มีบริการหรือระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบทั้งเส้นทางคือ การคัดกรอง คัดแยก การคัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง เป็นระบบที่เรียกว่า *ครบวงจร* และเป็นระบบ ที่ให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ ทุกบริการผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ โดยสะดวก ได้รับสิทธิในการดูแลและได้รับความเป็นธรรมจากบริการที่มีประสิทธิภาพ การคุ้มครองทางด้านสุขภาพจะยังผลที่มีประสิทธิภาพเมื่อควบคู่ไปกับการคุ้มครอง ทางด้านสังคม เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ครอบคลุม ทุกมิติ ทั้งด้าน กาย จิต สมอง สังคมและสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพจึงต้องบูรณาการ ดำเนินการควบคู่กันกับการให้บริการทางสังคม

สำหรับ **การคุ้มครองทางสังคม** เป็นการให้ความคุ้มครองหรือให้หลักประกัน ทางสังคมในด้านต่างๆ อาทิ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ระบบประกันสังคม และบริการ สังคม โดยให้ความสำคัญแก่กลุ่มประชากรที่ยากจนและด้อยโอกาส เพื่อให้ได้รับสิทธิทาง สังคมในฐานะที่เป็นมนุษย์ อันเป็นความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างภาครัฐและ ภาคเอกชน⁸ การคุ้มครองทางสังคม การจัดสวัสดิการทางสังคม และการจัดบริการสังคม เป็นสิ่งที่จำเป็นในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและผู้ครอบครัว ให้สามารถเข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ทางภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ได้ระบบบริการ ที่เหมาะสม การเข้าถึงแหล่งสิทธิประโยชน์ต่างๆ กฎหมาย และอื่นๆ ที่พึงได้รับการ คุ้มครองตามสิทธิ และการพิทักษ์สิทธิ ซึ่งแม้ไม่มีนโยบายการคุ้มครองด้านสังคมภาวะ สมองเสื่อมเป็นการเฉพาะ แต่สามารถบูรณาการสิ่งที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้กับภาวะสมองเสื่อม อย่างเหมาะสมได้ ดังเสนอในลำดับต่อไป

แหล่งประโยชน์ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในบริบทของประเทศไทย

ประเทศไทยมี การจัดสวัสดิการทางสังคม เป็นการจัดบริการสวัสดิการตาม มาตรฐานที่พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 กำหนดโดย ครอบคลุมถึง ผู้รับบริการสวัสดิการสังคม คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอยู่ในสภาวะ ยากลำบากหรือที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น เด็ก เยาวชน คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือ ทพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกละเมิดทางเพศ หรือกลุ่มบุคคลอื่น ตามที่ คณะกรรมการกำหนด⁹ โดยการจัดการคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคมที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด คือ การที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น เป็นการเพิ่มศักยภาพและเข้าใจถึงปัญหาอย่างถ่องแท้ที่สุด โดยเฉพาะปัญหาของผู้ที่มี ภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล การเข้าถึงและทราบถึงสิทธิต่างๆ ที่ตนพึงได้ในเบื้องต้น ก็ถือว่าสำคัญเช่นกัน ในส่วนนี้ นำเสนอแหล่งประโยชน์ และ/หรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่มีการดำเนินการในบริบทของประเทศไทย ที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อการ ดำเนินการสำหรับพื้นที่นำร่องและพื้นที่ที่สนใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมครบวงจร ดังต่อไปนี้

1. แหล่งประโยชน์ด้านการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่จัดโดยภาครัฐ⁵

การคุ้มครองทางสังคม	รูปแบบ	กิจกรรม/การดำเนินการ
การบริการทางสังคม	- ศูนย์ดำรงธรรมในชุมชน - ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน - การอบรมและแนะนำการประกอบอาชีพ	- การให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ/ผู้ไร้ความสามารถ - การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น 1. การดูแลประจำ 2. การรับฝากดูแลช่วงกลางวัน 3. การดูแลแทนบางเวลา 4. การช่วยเหลือในการทำกิจกรรม 5. โรงเรียนผู้สูงอายุ - การอบรมการประกอบอาชีพแบบมีใบรับรองคุณวุฒิและไม่มีใบรับรองคุณวุฒิ
	- เบี้ยผู้สูงอายุ	- การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
	- เบี้ยคนพิการ	- การเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
	- กองทุนผู้สูงอายุ	- การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ

การคุ้มครองทางสังคม	รูปแบบ	กิจกรรม/การดำเนินการ
		- การส่งเสริมและสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ - การส่งเสริมเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพ
การช่วยเหลือทางสังคม	- การสงเคราะห์ผู้ยากจนและผู้ที่มีภาวะยากลำบาก - การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว - พระภิกษุ/วัด (ช่วยเหลือผู้ดูแล/ครอบครัว) - กองทุนต่าง ๆ	- เงินสงเคราะห์ - การปรับปรุงที่อยู่อาศัย - การให้ความช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง แปรงสีฟัน ยาสีฟัน - กองทุนที่จัดขึ้นเพื่อระดมทุนหรือช่วยเหลือโดยภาครัฐและชุมชนเอง
การส่งเสริมทางสังคม		- การสนับสนุนกิจกรรมโดยองค์กรภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรอื่นๆ

2. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

แหล่งข้อมูลด้านต่างๆ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว มีช่องทางการรับบริการสามารถติดต่อโดยตรงที่	● สถานีตำรวจ ● สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ● ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัด ● บ้านพักเด็กและครอบครัว ● โรงพยาบาล ● สถานศึกษา ● อบต./เทศบาล ● สำนักงานและสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน
โทรสายด่วน	โทรศัพท์สายด่วนที่หมายเลข 1330
ติดต่อทางเว็บไซต์	www.osccthailand.go.th

3. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การสงเคราะห์รถโยก/รถเข็นนั่งคนพิการ	1. ให้การช่วยเหลือรถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางการเคลื่อนไหวของคนพิการในการใช้ชีวิตประจำวัน และเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้พิการต้องมีความสามารถในการใช้รถโยกได้ โดยแขนทั้งสองข้างแข็งแรง 2. ให้การช่วยเหลือรถเข็นนั่ง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางการเคลื่อนย้ายตัวเองไปในที่ต่างๆ ของคนพิการ
การสงเคราะห์ครอบครัวคนพิการ	1. กรณีเด็กพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 1,000 บาท/ ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง/ ครอบครัว 2. กรณีคนพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและเหมาะสม ไม่เกิน 2,000 บาท/ ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง/ ครอบครัว

4. แหล่งประโยชน์ด้านปัญหาเศรษฐกิจ

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
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 และจะช่วยเหลือไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปี โดยถือตามปีงบประมาณ

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	1. ช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว 2. กรณีช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ เกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว ให้อยู่ในดุลพินิจผู้ว่าราชการจังหวัด

5. แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ^{9,12}

สิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน	สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ย่านพาหนะ บริการสาธารณะอื่น	- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ - การดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ - การบริการสะดวก รวดเร็ว - การจัดหาพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	- กรมโยธาธิการและผังเมือง - กระทรวงมหาดไทย - สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม - กระทรวงมหาดไทย - สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร - สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม - กรมกิจการผู้สูงอายุ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	- การให้คำแนะนำ ปกป้อง และให้ความช่วยเหลือ - กรณีผู้สูงอายุถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	- สำนักงานอัยการสูงสุด - กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ - กระทรวงยุติธรรม - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - กรมกิจการผู้สูงอายุ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)
การให้คำแนะนำ ปกป้อง ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในการแก้ไขปัญหาคือครอบครัว	- การให้คำแนะนำ ปกป้อง และให้ความช่วยเหลือ - กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศ	- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ - กระทรวงยุติธรรม - กรมกิจการผู้สูงอายุ - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุน	สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
การช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง	กรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับ การช่วยเหลือตามประกาศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง	กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ	ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็น ประจำจะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได	- สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย - สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร - กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ มีภาวะพึ่งพิง คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL index: BADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน จะได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเชื่อมโยง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิที่ได้รับการ คุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน	สิ่งที่คุณสูงอายุนจะได้รับ	แหล่งติดต่อประสานงาน
	กับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	

6. แหล่งประโยชน์ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment)¹⁰

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมและลดสิ่งกระตุ้นรอบๆ ตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยและ ส่งเสริมให้การดูแลและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดความมั่นใจของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้ดีขึ้น รวมถึงการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยด้วย ซึ่งความรู้สึกลดภัยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การจัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดอาการวิตกกังวล และการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีหลักการดังนี้

รายการ	การจัดการสิ่งแวดล้อม
ห้องนอน	- เตียงนอน มีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป - ห้องนอนควรมีขนาดพอเหมาะ ไม่ใหญ่เกินไป ให้พักคนเดียวหรือพักร่วมกับผูดูแล
ห้องน้ำ	- ติดสัญลักษณ์ หรือตัวหนังสือบอกตำแหน่งห้องน้ำ เลือกใช้สีฟ้าตัวเลขขนาดใหญ่ - ควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก - โถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป - พื้นควรใช้วัสดุที่ป้องกันการลื่น - อุปกรณ์อาบน้ำควรอยู่ในระดับสายตาเพื่อให้สะดวกในการใช้ มีราวสำหรับจับยึดเกาะ ไม่ควรมีชั้นหรือธรณีประตู - ประตูห้องน้ำควรสามารถเปิดจากด้านนอกได้ เข้าถึงได้ง่าย
แสงสว่าง	- แสงสว่างเพียงพอ ติดตั้งหลอดไฟที่สว่างขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ
พื้นที่ห้อง	- พื้นห้องควรสม่ำเสมอ ไม่ลื่น จุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า - พื้นห้องไม่ควรขัดมัน

รายการ	การจัดการสิ่งแวดล้อม
ทางเดินและบันได	- ในกรณีที่มีผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้าน ทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอด และขึ้นบันไดสม่ำเสมอ - ทางเดินและบันได ควรโล่ง สะดวกในการเดินขึ้นลง

7. แหล่งประโยชน์ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

แหล่งประโยชน์ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ที่ควรรู้ มีดังนี้ คือ

7.1 ประเด็นในประมวลกฎหมาย¹⁰

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 กล่าวว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิต บกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้” หมายถึง แม้ว่าผู้ที่กระทำความผิดจะมีความบกพร่องของเจตนาในการกระทำความผิดเนื่องจากสภาพทางจิตใจ ก็ตาม แต่ก็ยังคง “ต้อง” ถือว่าการกระทำที่ได้กระทำไปนั้นเป็นความผิดกฎหมายอาญาอยู่ เพียงแต่ การรับโทษจะมีเพียงใดเท่านั้น

ก. ถ้าสภาพทางจิตปรากฏอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ก็ไม่ต้องรับโทษในความผิดนั้นหรือ

ข. ถ้าสภาพทางจิตยังคงรู้ผิดชอบอยู่บางส่วน ผู้นั้นย่อมต้องรับผิดสำหรับความผิดนั้นโดยศาลจะเป็นผู้กำหนดโทษว่าสมควรที่จะได้รับโทษเพียงใด

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551¹¹ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2551 ดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีสาระสำคัญคือ การนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ได้รับการบำบัดรักษา ภาวะอันตรายที่กล่าวถึงคือ อันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิต ที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดหลงผิดหรือพฤติกรรมที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น เช่น เมื่อมีผู้ป่วยทางจิตมีพฤติกรรมอาละวาด ทำร้ายคนรอบข้าง ผู้ที่พบเห็นสามารถแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ ให้ดำเนินการพาบุคคลนั้นไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัด เพื่อให้บุคคลผู้นั้นได้เข้ารับการรักษาอาการทางจิต หรือพฤติกรรมผิดปกตินั้นในโรงพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ตาม *กล่าวโดยสรุปคือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เน้นการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต*

แม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอม ถือเป็นการให้ความคุ้มครองเจ้าพนักงานตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เอาตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็นการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่ผู้ป่วยทางจิตเวชหรือผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาจะได้รับจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นี้ คือ ผู้ป่วยทางจิตเวชหรือผู้บกพร่องฯ ซึ่งอยู่ในสภาวะที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา จะได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาไม่ให้ความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่นการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย

7.2 ประเด็นในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง¹⁰

1. ปัญหาด้านกฎหมายทางแพ่ง ได้แก่ ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยสินหนี้ โดยพยานเอกสารหรือเวชระเบียนเป็นหลักฐานที่สำคัญในการที่ศาลจะพิจารณาตัดสินการดำเนินกิจกรรมสัญญาของผู้ป่วยเป็นโมฆะ หรือโมฆะตามประมวลกฎหมายแพ่งมาตรา 29 และ 30

2. ปัญหาคดีอาญา เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่ลงโทษ จำคุก และประหาร ชีวิต ปัญหาที่พบมักเกิดจากปัญหาทางจิต (BPSD) ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การลักขโมย การดูหมิ่น คดีเหล่านี้ศาลจะสั่งไม่ลงโทษ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกลจริต ตามหลักฐานทางการแพทย์

3. ผู้พิทักษ์ คือ ผู้ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้มีอำนาจดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิต และดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นผู้ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยได้กระทำการที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างที่เจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ที่เกิดจากการดูแลที่บกพร่องเพิ่มเติม

- การแต่งตั้งกระทำได้โดยศาลมีคำสั่งแต่งตั้งตาม que ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไว้ขณะยังมีสติสัมปชัญญะดีพอ หรือบิดามารดา ภรรยา บุตร ญาติ ใกล้ชิดร้องขอ หรือตามที่อัยการร้องขอ

- ศาลจะมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิพากษาเป็นบุคคลไร้ความสามารถ

- ควรดำเนินการขอให้ศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

4. ใบรับรองแพทย์ ไม่ควรลงความเห็น ว่า ผู้ป่วยเป็น “บุคคล ไร้ความสามารถ” เพราะศาลเท่านั้นที่มี อำนาจพิพากษาในประเด็นนี้

7.3 ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มี 4 ลักษณะ คือ

ประเด็นด้านกฎหมาย	รายละเอียด
ปัญหาทางคดีอาญา	ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (BPSD) เช่น การทำร้ายร่างกาย การละเมิดทางเพศ การลักขโมยการหมิ่นประมาท เป็นต้น
ปัญหาทางคดีแพ่ง	1. กระทำละเมิดต่อผู้อื่น เช่น การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งจากการกระทำทางคดีอาญา 2. การที่ผู้ป่วยจะทำนิติกรรมในทางที่จะทำให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ เช่น ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยเสนหา เป็นต้น ในกรณีนี้ แพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการตั้งผู้พิทักษ์ เพื่อจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย
การทำพินัยกรรมเกี่ยวกับมรดก	ผู้ป่วยที่จะทำนิติกรรม ต้องมีสติสัมปชัญญะดีในขณะทำพินัยกรรม โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้อย่างถูกต้อง และไม่มีภาวะสับสน อาจเคยมีประวัติความผิดปกติทางจิต แต่มีหลักฐานที่แสดงว่าควบคุมรักษาได้ และอยู่ระหว่างการดูแล รักษา ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นประวัติของทรัพย์สิน คุณค่าของทรัพย์สิน เหตุผลการยกทรัพย์สินให้ และผลสืบเนื่องภายหลังจากการยกทรัพย์สินให้ และผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับผู้รับมรดก และแสดงเหตุผลที่สมเหตุสมผลในการมอบให้ ทั้งนี้ การทำพินัยกรรมควรทำตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด โดยแพทย์ ผู้ดูแลในฐานะพยานต้องไม่มีผลประโยชน์ที่ได้จากการนี้ ยกเว้นค่าตอบแทนการประกอบวิชาชีพเท่านั้น
การทำพินัยกรรมชีวิต (living wills)	เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทยได้กำหนดว่า ผู้ป่วยในขณะที่ทำนิติกรรมนี้จะต้องมีความรู้สึกตัวดี สามารถแสดงความเข้าใจถึงภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่ และความเป็นไปของโรค ระยะสุดท้าย ดังนั้น ในกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องมีการจัดตั้งผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาล เพื่อดำเนินการ ให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย โดยจะต้องแจ้งความประสงค์และชนิดของการรักษาที่ไม่ต้องการ เช่น การทำการกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ การผ่าตัดหลอดลมเพื่อใส่ท่อหายใจ (tracheostomy) การผ่าตัดหน้าท้องเพื่อ ใส่ท่ออาหาร หรือการใส่สายทางจมูกเพื่อให้ อาหาร การผ่าตัดหรือการรักษาใดๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เป็นต้น

8. แหล่งประโยชน์ด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม

ตัวอย่าง websites แหล่งประโยชน์ด้านภาวะสมองเสื่อม การดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ความรู้สำหรับภาคประชาชนและบุคลากรวิชาชีพ

องค์กรด้านสมองเสื่อม	กิจกรรม/การดำเนินการด้านภาวะสมองเสื่อม
สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ¹³ The Alzheimer Disease and Related Disorders Association www.azthai.org https://www.facebook.com/azthai2013	แหล่งประโยชน์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการให้คำปรึกษา/แลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับผู้ดูแล มีกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล มีการให้ความรู้/ฝึกอบรมผู้ดูแลและครอบครัว มีสายด่วนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และอื่นๆ
สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ¹⁴ The Dementia Association of Thailand	แหล่งข้อมูลความรู้/ข่าวสารเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งภาคประชาชนและภาควิชาชีพ กิจกรรมด้านวิชาการต่างๆ
สมาคมอัลไซเมอร์ ¹⁵ Alzheimer's Association https://www.alz.org	แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งภาคประชาชนและภาควิชาชีพ กิจกรรมด้านวิชาการต่างๆ
Alzheimer's Disease International (ADI) https://www.alz.co.uk/association ¹⁶	แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โลก องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีสมาชิกประมาณมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ Agingthai.dms.moph.go.th ¹⁷	แหล่งข้อมูลวิชาการด้านภาวะสมองเสื่อม และการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ความรู้สำหรับบุคลากรวิชาชีพ

บทสรุป

ความสำคัญและความจำเป็นของการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เกิดจากการตระหนักถึงทุกภาระของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคล/กลุ่มบุคคลที่สิทธิที่พึงได้รับความคุ้มครองจากสังคม/ชุมชน ตามหลักสิทธิมนุษยชน อย่างเท่าเทียมกันและอย่างมีศักดิ์ศรี โดยจะต้องคำนึงถึงหลักการของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของชุมชน/สังคม ตามแนวคิดการคุ้มครองทางสังคมในระดับนานาชาติ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ในบริบทของประเทศไทย มีบทเรียนรู้จากการศึกษาระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว จากการถอด

บทเรียนรู้ประสบการณ์ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ของประเทศไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็น
แหล่งประโยชน์สำหรับพื้นที่นาร่องอื่นๆ ของประเทศไทยในการดำเนินการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
(DT CM) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและนำไปใช้เพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล/ครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. The Social Development Division of United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). Why We Need Social Protection? Social development policy guides. Bangkok, Thailand: UN; 2018. Available From: www.socialprotection-toolbox.org; www.unescap.org/our-work/social-development.
2. World Health Organization. The Global Dementia Observatory Reference Guide. Geneva: WHO;2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO;2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย: โครงการการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร. (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2560.
5. อรรวรรณ์ คุหา และคณะ. รายงานผลการศึกษาระบบคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มี ภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2561.
6. Norton A, Conway T, Foster M. Working paper 143: Social protection concepts and approaches: implications for policy and practice in

- international development. London: Centre for Aid and Public Expenditure, Overseas Development Institute; 2001.
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง .วรรณภา ศรีธีรัตน์. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชุมชน. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.
 8. พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก: <http://law.m->
 9. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (อินเทอร์เน็ต) : กรุงเทพฯ. เข้าถึงได้จาก: www.msociety.go.th/document/edoc/edoc_2290.pdf7.
 - 10.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines: Dementia). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2557. [36-37, 44-54].
 - 11.กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณราชนครินทร์, พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร, ห้างหุ้นส่วนจำกัดโอเดียสแควร์, 2551.
 - 12.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ บ้าน สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; มปป.
 - 13.สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (The Alzheimer Disease and Related Disorders Association). Available from: www.azthai.org.
 - 14.สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (The Dementia Association of Thailand). Available from: <https://thaidementia.com/>.
 - 15.สมาคมอัลไซเมอร์ {Alzheimer’s Association}. Available from: <https://www.azl.org>.
 - 16.Alzheimer’s Disease International (ADI). Available from: <https://www.alz.co.uk/association>.
 - 17.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. Available from: agingthai.dms.moph.go.th.

ภาคผนวก

- ภาคผนวกที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม
- ภาคผนวกที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)
- ภาคผนวกที่ 3 สรุปผลการคัดกรอง-คัดแยก
ข้อมูลการคัดกรอง-คัดแยก
- ภาคผนวกที่ 4 สรุปผลการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)
- ภาคผนวกที่ 5 แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ
(ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัวเพื่อการดูแลในชุมชน
โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น
- ภาคผนวกที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย:
MMSE-Thai 2002
- ภาคผนวกที่ 7 แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- ภาคผนวกที่ 8 แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)
- ภาคผนวกที่ 9 ข้อผิดพลาดการใช้เครื่องมือการคัดแยก

ภาคผนวกที่ 1 แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย (นาย,นาง,นางสาว) อายุ.....ปี

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

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

การแปลผล ทำแบบทดสอบสมรรถภาพความจำคะแนนมากกว่า 30 ควรไปพบแพทย์

ที่มา : แปลจากบทความใน British Medical Association โดย ชาญกัญญา ตันติลีปกร

(วท.ม.จิตวิทยาคลินิก) สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยมหิดล และพญ.โสภา เกริกไกรกุล หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์
 กรุงเทพฯ และวชิรพยาบาล

ภาคผนวกที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)
(คัดกรองโดยบุคลากรทางสุขภาพ: สำหรับ รพ.สต.)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองการรู้คิด
ในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกต้องจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1	อายุ..เท่าไร คำตอบ.....	☐	☐
2	ขณะนี้เวลา..อะไร คำตอบ.....	☐	☐
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.. คำตอบ.....	☐	☐
4	ปีนี้..ปีอะไร คำตอบ.....	☐	☐
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.. คำตอบ.....	☐	☐
6	คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนใกล้ๆ :ญาติ) คำตอบ.....	☐	☐
7	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

ผู้ตรวจ

ที่มา: คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ: กระทรวงสาธารณสุข 2559

ภาคผนวกที่ 3

3.1 สรุปผลการคัดกรอง-คัดแยก จังหวัด.....

พื้นที่โครงการ	จำนวน ผู้สูงอายุ ทั้งหมด	สรุปผลการคัดกรอง				สรุปผลการคัดแยก		
		จำนวน ผู้สูงอายุ ที่คัดกรอง	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้คัดกรอง	เหตุผลที่ไม่ได้ คัดกรอง	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่คัดแยก	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้คัดแยก	เหตุผลที่ไม่ได้ คัดแยก	
พื้นที่.....								
1.								
2.								
3.								
4.								
พื้นที่.....								
5.								
6.								
7.								
8.								

ลงนาม..... ผู้สรุปรายงาน
()
วัน/เดือน/ปี

3.2 ข้อมูลการคัดกรอง-คัดแยก

พื้นที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับที่	รายชื่อผู้สูงอายุ	ข้อมูลทั่วไป				ข้อมูลการคัดกรอง			ข้อมูลการคัดแยก			หมายเหตุ (เหตุผลที่ไม่ได้รับการคัดกรอง/คัดแยก)
		อายุ	เพศ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	คะแนน 2Q	คะแนน AMT	คะแนน 14 ข้อคำถาม	คะแนน 9Q/ TGDS	คะแนน MMSE	คะแนน MoCA	
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

บันทึกท้ายรายงาน (กระบวนงานดำเนินงาน)

กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้				ผู้ทำการ	จำนวนผู้ทำการ	จำนวนวันที่ทำการ	ปัญหาอุปสรรค	แผนการพัฒนา
	2Q	AMT	14Q	MOCA					
การคัดกรอง									
การคัดแยก	9Q/TGDS	MMSE							

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโครงการ; 2562

ภาคผนวกที่ 4 สรุปผลการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)

พื้นที่..... จังหวัด.....

ที่	ชื่อผู้สูงอายุ	อายุ	เพศ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	ผู้ดูแล	การประเมิน				ภาพสมอง (6 ด้าน)	วิธีโคจร/AIT	วันที่ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย	ผลการวินิจฉัย/รักษา	หมายเหตุ
							คะแนน TGDS	คะแนน MMSE	คะแนน MoCA	คะแนน ADL	คะแนน IADL				
1															
2															
3															

บันทึกท้ายรายงาน

กิจกรรม/ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	แผนการพัฒนา
การชักประวัติเบื้องต้น (AIT)		
การประเมินสภาพสมอง (6 ด้าน)		
การส่งเข้าเพื่อการวินิจฉัย		
กระบวนการวินิจฉัย		
การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม		
การบันทึกผลการวินิจฉัย/รักษา		
การส่งตัวกลับพื้นที่		
การประสานการดูแลต่อเนื่อง		
ระบบบันทึกข้อมูล		
อื่นๆ (ระบุ)		

ลงนาม..... ผู้สรุปรายงาน
()
วัน/เดือน/ปี

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

พื้นที่.....จังหวัด.....

กลุ่มผู้สูงอายุ	กิจกรรมการดูแล (ชื่อ/วัตถุประสงค์ของ กิจกรรม)	ผู้รับผิดชอบหลัก และจำนวนผู้ร่วม (จำแนกตามภาค สุขภาพ/ท้องถิ่น/ ชุมชน)	โครงการ/ งบประมาณ (จากสุขภาพ/ ท้องถิ่น/ชุมชน เท่าใด/อย่างไร)	จำนวน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม ทั้งหมด	จำนวน ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนวัน ที่ดำเนิน กิจกรรม	ผลลัพธ์การ ดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	แนวทาง การพัฒนา
1. กลุ่มปกติ	ครั้งที่ 1								
	ครั้งที่ 2								
	ครั้งที่ 1								
	ครั้งที่ 2								
	ครั้งที่ 3								
	ครั้งที่ 4								
2. กลุ่มที่มีการ รู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย	ครั้งที่ 5								
	ครั้งที่ 6								
	การติดตามผล ครั้งที่ 1								
	การติดตามผล ครั้งที่ 2								

ลงนาม.....ผู้สรุปรายงาน

()

วัน/เดือน/ปี

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
ชื่อผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล กรณีที่ 1.....

	แผน การดูแล (มี/ไม่มี)	วันที่/ เวลาใน การ เยี่ยมดูแล	จำนวน ผู้เยี่ยมดูแล (ระบุจำนวนทีม สุขภาพ ที่ต้องถึง/ ชุมชน)	กิจกรรมการ ดูแลผู้สูงอายุ ด้านสมอง (กิจกรรมอะไร โดยใคร)	กิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอื่นๆ (กิจกรรมอะไร โดยใคร)	กิจกรรมการดูแลด้าน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ (ระบุกิจกรรมการดูแล/ ผู้ดูแล คือใคร สุขภาพ ท้องถิ่น /ชุมชน)	การช่วยเหลือ ดูแลผู้ดูแล (ระบุด้านใด โดยใคร)
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1							
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2							
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3							
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4							
การส่งต่อ การดูแลระยะยาว							
ผลลัพธ์การดำเนินงาน							
ปัญหาอุปสรรค							
แนวทางการพัฒนา							

ลงนาม.....ผู้สรุปรายงาน
()
วัน/เดือน/ปี

ภาคผนวกที่ 5 แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว เพื่อการดูแลในชุมชน โดยทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น

ผู้สูงอายุ (ชื่อ-นามสกุล) คุณตา ก อายุ 86 ปี ที่อยู่ปัจจุบัน ขอนแก่น ผู้ดูแลประจำ คุณยาย ข ระบุความเกี่ยวข้อง ภรรยา สิทธิการรักษา UC ปัญหาสำคัญประเด็นการส่งต่อ หลงลืม ขาดผู้ดูแลอยู่กับภรรยาตามลำพัง	ผู้ประเมิน/ส่งต่อเพื่อการดูแล: ☐ ประธานชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน..... ☐ อสม./อผส./อื่นๆ ระบุ..... ☒ เจ้าหน้าที่ รพสต./PCU บ้านผาง ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ
กำหนดนัดหมายทีมเยี่ยมประเมิน วันที่ 19 มิถุนายน 2562 เวลา 14.00 น.	

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ ใช้เพื่อการรวบรวมข้อมูล สภาพความเป็นจริง โดยทีมภาคีเครือข่าย เพื่อประกอบการพิจารณาการให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยชุมชน เป็นกรณีพิเศษ จึงขอให้ผู้ประเมินระบุข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องให้ครอบคลุมมากที่สุด

ประเด็นในการประเมิน	ผลการประเมิน
1. สุขภาพจิต-สภาพสมอง (ค่าคะแนน 14 ข้อคำถาม MMSE/MoCA การวินิจฉัยโรค ปัญหาด้านความจำ/การหลงลืม/สติ พฤติกรรม อารมณ์จิตใจ ภาวะซึมเศร้า และยาที่ได้รับเพื่อการแก้ไขปัญหามองและจิตใจ สรุปการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิต-อารมณ์-สภาพสมองและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับยาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยรักษาต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน	14 ข้อคำถาม = 51 คะแนน MMSE = 11 คะแนน MoCA = 5 คะแนน 2Q = 0 คะแนน TGDS = 2 คะแนน Rx non Pharmacological หลงทาง ต้องมีคนดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
2. สุขภาพกาย (โรคประจำตัว, ปัญหาสุขภาพกาย, ยาที่ใช้รักษา, ความสามารถในการมองเห็น-การได้ยิน-การสื่อสาร, ภาวะโภชนาการและช่องปาก, การได้รับน้ำ, การนอนหลับ, การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ, สภาพผิวหนังและสุขวิทยาอนามัยทั่วไป การเจ็บป่วยเฉียบพลัน (เช่น อ่อนเพลียมาก ใช้บวม ขาดน้ำ ท้องเสีย และอื่นๆ)	ไม่มีโรคประจำตัว มองเห็นชัด ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ติดต่อสื่อสารได้ แต่ค่อนข้างช้า นอนไม่หลับ บางวัน ไม่ได้รับยา สุขวิทยาส่วนบุคคลดี
3. การเคลื่อนที่ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (การเคลื่อนที่ การล้างหน้า-แปรงฟัน การใช้ห้องน้ำและทำความสะอาด การกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได)	สถานะ () ติดบ้าน () ติดเตียง (/) เดินได้เอง () เดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ ระบุ () ไม่สามารถเคลื่อนที่เองได้ () สามารถเคลื่อนที่ได้โดยใช้วิธี..... () เสี่ยงต่อการหกล้ม

ประเด็นในการประเมิน	ผลการประเมิน
	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน () ทำได้เองทั้งหมด () ทำเองไม่ได้ทั้งหมด (✓) ทำเองไม่ได้บางส่วน ระบุ รับประทานอาหารได้เอง อาบน้ำได้เอง แต่ต้องมีคนคอยกำกับ
คะแนน BADL 11 /20	() ต้องมีผู้ดูแลบางเวลา (✓) ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา
4. สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	(✓) มีสิ่งที้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ระบุ พื้นที่ต่างระดับ (✓) มีสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อสุขภาพ ระบุ ปรับปรุงห้องน้ำจากนั่งยองเป็นแบบชักโครก
5. สมาชิกครอบครัว/การดูแลเกื้อหนุน (บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก การดูแลที่ให้และปัญหาในการดูแล บุคคลในครอบครัวที่ให้การเกื้อกูล การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้พิจารณาความเหมาะสม เพียงพอและต่อเนื่อง)	จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 2 คน อายุและความสัมพันธ์ ภรรยา รายได้ครอบครัว (✓) เพียงพอ () ไม่เพียงพอ ผู้ดูแล/ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ (✓) เหมาะสม () ไม่เหมาะสม ระบุ..... ผู้ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน (ผู้ดูแลหลัก) คุณยาย ข ความสัมพันธ์ ภรรยา อาชีพ ทำนา รายได้ 7,000 ปัญหาของผู้ดูแลหลัก สูงอายุ ผู้ดูแลด้านการเงิน ลูกสาว การสนับสนุนที่ให้ (✓) เพียงพอ () ไม่เพียงพอ ผู้ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ (ระบุความช่วยเหลือที่ให้) สวัสดิการผู้สูงอายุ
6. สุขภาพสังคม/การได้รับสิทธิและความเป็นธรรม (การดูแล การเกื้อกูล การสนับสนุนในด้านต่างๆ จากชุมชน จากแหล่งประโยชน์ พิจารณาความเหมาะสม)	(✓) ชุมชนให้การเอาใจใส่-ไม่ดูดาย ความช่วยเหลือที่ให้ เยี่ยมบ้านแบ่งปันอาหาร (✓) มีแหล่งให้ความช่วยเหลือ (ระบุด้านของความช่วยเหลือ) อปท. รพสต. () ได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ () ไม่ได้รับ (✓) ได้รับ ระบุ 800 บาท สิทธิผู้พิการ (✓) ไม่ได้รับ () ได้รับ

ประเด็นในการประเมิน		ผลการประเมิน
7. ข้อมูลอื่นๆ ขอบหนืออกนอกบ้าน และกลับบ้านไม่ถูก ทำตัวเป็นเงาคนชรา		
สรุปผลการพิจารณา (ภาคีทั้ง 3 สรุปผลการพิจารณาและลงรายละเอียดความช่วยเหลือที่ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว)		
1. ภาคีสภาพ	2. ภาคีสังคม	3. ภาคีชุมชน-ท้องถิ่น
พิจารณา การดูแลด้านสุขภาพที่จะจัดผู้สูงอายุและครอบครัว ระบุ กิจกรรมการดูแล ผู้รับผิดชอบความถี่ในการดูแล และระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. กระตุ้น ADL 2. เยี่ยมบ้านให้ความรู้เรื่อง Dementia แก่ญาติ 3. ประสานทีมไตรภาคีให้การช่วยเหลือ	พิจารณา ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวว่าเข้าข่ายได้รับสิทธิและความช่วยเหลือจากองค์กรปกครอง/องค์กรทางสังคม เป็นกรณีพิเศษหรือไม่ () ไม่เข้าข่าย (X) เข้าข่าย ระบุประเภท/ระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. ปรับปรุงห้องน้ำ 2. ปรับทางเดินภายในบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เดินไปมาในบ้าน 3. ปรับปรุงรั้ว ป้องกันผู้สูงอายุออกนอกบ้าน	พิจารณา การดูแลเบื้องต้นผู้สูงอายุเข้าข่ายได้รับสิทธิและความช่วยเหลือการดูแลในชุมชนโดยชุมชน/จิตอาสา เป็นกรณีพิเศษหรือไม่ () ไม่เข้าข่าย (X) เข้าข่าย ระบุประเภท/ระยะเวลาของการช่วยเหลือ 1. อยู่เป็นเพื่อน 2. ดูแลป้อนข้าว 3. ช่วยอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ
รายชื่อทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น วันเดือนปีที่ประเมิน.....		
ลงชื่อผู้ประเมิน พว.กิงกาญจนา เมืองโคตร		ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ลงชื่อผู้ประเมิน น.ส.กนกวรรณ โค๊ะแสง		ตำแหน่ง อปท.
ลงชื่อผู้ประเมิน นายบุญช่วย พันยุโธด		ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน
ลงชื่อผู้ประเมิน นางเหรียญทอง แก่นกระโทก		ตำแหน่ง อสม./CG

ภาคผนวกที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

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

1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

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

2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- | | | | |
|-------|--|-------|--------------------------|
| 2.1 | กรณีอยู่สถานพยาบาล | | |
| 2.1.1 | สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.2 | ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร | ..... | ☐ |
| 2.1.3 | ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.4 | ที่นี่จังหวัดอะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.5 | ที่นี่ภาคอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2 | กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ | | |
| 2.2.1 | สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร | ..... | ☐ |
| 2.2.2 | ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.3 | ที่นี่อำเภอ หรือ เขตอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.4 | ที่นี่จังหวัดอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.5 | ที่นี่ภาคอะไร | ..... | ☐ |

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ

(ตา,ยาย...)

ฟังดีๆ นะคะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...)

พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ตึะคะ เดี๋ยวจะถามซ้ำ

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

4. Attention or Calculation : ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1

ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ขอนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

..... ☐

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า
ม อ ม ำ - ส ระ อ - น อ ห นู - ส ระ อ ำ - ว อ แ ห ว น คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”

..... ☐
ว ำ น ระ ม

5. Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้อ่านแล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

6. Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ขี่นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

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

พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว “ใครใคร่ขายไก่ไข่”

8. Verbal command : ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ขอนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)

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

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

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

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

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

☐ หลับตาได้

10 Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

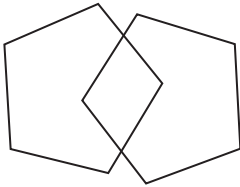
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

○ ประโยคมีความหมาย

☐

11 Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง


☐

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

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

การแปลผล

- ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัดแสดงว่า เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)
- ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

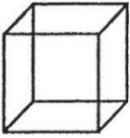
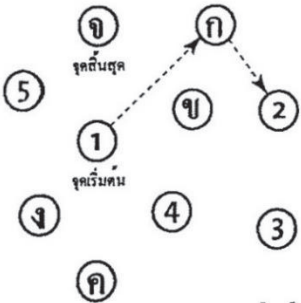
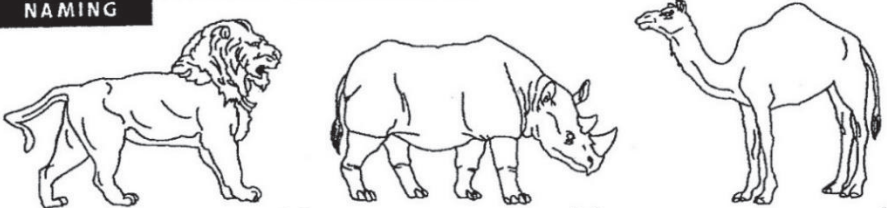
หลับตา

ผู้ตรวจ

ภาคผนวกที่ 7 แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		 คัดลอก, จดภาพ		วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน	
		[] [] []		[] [] [] รูปร่าง ตัวเลข เขียน	___/5		
NAMING							
							
[] [] [] ___/3							
MEMORY							
อ่านจุดที่หนึ่งแล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที		หน้า	คำใหม่	วัด	มะลิ	สีแดง	
ทวนครั้งที่ 1							
ทวนครั้งที่ 2							
ATTENTION							
อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ครั้ง/วินาที)		ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ		[] 2 1 8 5 4			
		ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ		[] 7 4 2		___/2	
อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบเกาะโต๊ะเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าคิดเกิน 2 ครั้ง)							
[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2							
เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อย ๆ ถึง 7							
[] 93		[] 86		[] 79		[] 72 [] 65	
ลบทุก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน							
___/3							
LANGUAGE							
Repeat: สันนิษฐานว่าเป็นคนเดียวที่มาทำงานวันนี้		[]				___/2	
แมวมีก้อนอุจจาระอยู่ข้างๆเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง		[]					
Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที		ก []				(N ≥ 11 words) ___/1	
ABSTRACTION							
บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กบ-งู-งู เป็นคลาสิค		[] รถไฟ - จักรยาน		[] นาฬิกา - ไมโครเวฟ		___/2	
DELAYED RECALL							
ให้ทวนจุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย		หน้า	คำใหม่	วัด	มะลิ	สีแดง	ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย
[]		[]	[]	[]	[]	[]	___/5
Optional							
Category cue							
Multiple Choice cue							
ORIENTATION							
[] วันที่		[] เดือน		[] ปี		[] วัน [] สถานที่ [] จังหวัด	
___/6							
Translated by Solaphat Hemrungrojn MD Trial version 01 Updated August 31, 2011 ©Z Nasreddine MD				ค่าปกติ ≥ 25/30		คะแนนรวม เพิ่ม 1 คะแนน ถ้าจำนวนปีการศึกษา ≤ 6	
						___/30	

ระดับคะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 25 ผิดปกติ
ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปกติ

ภาคผนวกที่ 8 แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

แบบประเมินซึมเศร้า โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในระยะหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง

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

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

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

การแปลผล คะแนน น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ปกติ,

มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ตรวจ

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

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ประเมินทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ประเมินผิดพลาดโดยการถามข้ามข้อคำถามในส่วนข้อ 4 เรื่องของ Attention/Calculation ซึ่งควรจะประเมินข้อที่ 4.1 ก่อนเท่านั้น แต่ผู้ประเมินได้ข้ามข้อไปประเมิน ข้อ 4.2 แทน จากการประเมินผิดพลาดโดยการถามข้ามข้อคำถาม ส่งผลให้ต้องเลือกข้อ 4.2 มาเพื่อให้คะแนนแทน ข้อ 4.1 ที่ไม่ได้ทำการประเมิน จึงมีผลต่อการสรุปคะแนนรวมทั้งหมด และไม่ถูกต้องตรงตามมาตรฐานของการใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002

จัดทำโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 ขอเอกสาร และรายละเอียดเพิ่มเติมที่ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โทร. 0-2591-8277

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 มีคำต่อไปนี้ถูกพูดโดยคุณและถามว่า

"ของสีแดงกว่าอะไร"

สีแดง

☐

2

6.2 มีภาพต่อไปนี้ถูกพูดโดยคุณและถามว่า

"ของสีแดงกว่าอะไร"

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ฟังใจผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ทนาย...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกสิ่งที่ยาวขึ้น"

"ใครได้พูดไม่ใช่"

☐

0

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังที ๑ และทนาย (ดิฉัน) จะสลับกระดาษได้ แล้วให้คุณ (ทนาย...)

รับด้วยมือขวา ฟันครั้ง แล้ววางไว้ที่....." (ฟัน (ซ้าย) เขียง)

ผู้ทดสอบจะแจกกระดาษได้ขนาดพอประมาณ ๓-4

ไม่มีรอยพับ ใช้ถูกทุกข้อ

๑ รับด้วยมือขวา ๑ ฟันครั้ง ๑ วางไว้ที่ (ฟัน, เขียง).....

☐

๓

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้มีคำสั่งที่เขียนไว้แล้วให้คุณ (ทนาย...) อ่าน

แล้วทำตาม คุณ (ทนาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านใจก็ได้

ผู้ทดสอบจะแจกกระดาษที่เขียนว่า "ฉันได้"

.....

☐

1

10. Writing (1 คะแนน)

ต่อไปนี้มีคำสั่ง "ให้คุณ (ทนาย...) เขียนข้อความต่อไปนี้ได้ก่อนแล้วจึง

หรือข้อความตาม 1 ประโยค"

ฉันได้

.....

.....

☐

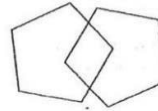
1

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

จัดให้เป็นระเบียบ "จากรูปภาพต่อไปนี้แยกภาพย่อย"

(ในทำนองที่สร้างภาพย่อยต่าง)

คะแนน ☐ 0



ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาม, นามสกุล).....

นามสกุล.....

อายุ..... ปี

ชื่อผู้ทำการทดสอบ.....

.....

.....

.....

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

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้จบอาชีวศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่พอทำข้อ 4.9, 10)
ผู้จบอาชีวศึกษาได้เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้จบอาชีวศึกษาได้เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

หลับตา

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ประเมินทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ประเมินผิดพลาดโดยการประเมินซ้ำซ้อนในข้อคำถามเดิม ประเมินซ้ำซ้อนข้อคำถามเดิม ในส่วนข้อ 4 เรื่องของ Attention/Calculation ซึ่งควรจะประเมินข้อที่ 4.1 ข้อเดียวเท่านั้น แต่ผู้ประเมินได้ไปประเมิน ข้อ 4.2 ซ้ำซ้อนอีกจึงเลือกข้อ 4.1 เพื่อสรุปคะแนนและตัด ข้อ 4.2 ออกไปซึ่งไม่มีผลต่อการให้คะแนนครั้งนี้ แต่ทำให้การประเมินครั้งนี้มีเวลานานขึ้น เสียเวลาในการทำแบบทดสอบและไม่มีผลต่อการให้คะแนนเลย



กรมการแพทย์
Department of Medical Services