192585833

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในสถานที่พักผู้สูงอายุ

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PROMOTING COGNITIVE ABILITY OF ELDERS WITH DEMENTIA OR BEING AT RISK IN A NURSING HOME

โดย

นางสาวธัญญรัศม์ สังข์สำราญ

การศึกษาอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2553

การศึกษาอิสระ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Promoting Cognitive Ability of Elders with Dementia or Being at Risk in a Nursing Home

ชื่อนักศึกษา นางสาวธัญญรัศม์ สังข์สำราญ

รหัสประจำตัว 504021

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ปีการศึกษา 2552

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้การศึกษาฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2553

_____ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณราย แสงวิเชียร)

คณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ

_____ อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา)

_____ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว)

_____ กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี)

การศึกษาอิสระ	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Promoting Cognitive Ability of Elders with Dementia or Being at Risk in a Nursing Home
ชื่อนักศึกษา	นางสาวธัญญรัศม์ สังข์สำราญ
รหัสประจำตัว	504021
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000) โดยการศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะ 3 ขั้นตอนแรก ได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้สนใจศึกษาซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ 2) การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย Systematic Review of Randomized Control Trials 1 เรื่อง Randomized Control Trial 3 เรื่อง Quasi Experiment 2 เรื่อง Descriptive Research 1 เรื่อง และ Expert's Opinion 3 เรื่อง และนำมาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อช่วยวินิจฉัยและบ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และ **ส่วนที่ 2** การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ 3) การทำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และได้นำกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดทั้งหมด ไปให้พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดทดลองใช้กับผู้สูงอายุเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า สามารถนำไปใช้ได้ดี ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดพึงพอใจในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ คือ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาในการศึกษาให้นานขึ้น ควรมีการประเมินประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมอง ตลอดจนปรับและพัฒนาให้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศในองค์กร ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด แนวปฏิบัติการพยาบาล

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

Title Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Promoting Cognitive Ability of Elders with Dementia or Being at Risk in a Nursing Home

By Ms. Thanyalud Sungsumran

Identification No. 504021

Degree Master of Nursing Science (M.N.S.)

Major Community Nurse Practitioner

Academic Year 2009

ABSTRACT

The purpose of this study is to develop a clinical nursing practice guideline for promoting cognitive ability of elders with dementia or being at risk in a nursing home by applying the model of evidence-based nursing practice of The Center of Advanced Nursing Practice of The United State of America (Soukup. 2000). The study was conducted only the first three phases of the model. 1) Evidence-trigger phase, the problem was identified from practice and knowledge triggers. 2) Evidence-supported phase, 10 related evidences consisted of one systematic review of randomized control trials, three randomized control trials, two quasi-experiments, one descriptive research, and three expert's opinions. They were analyzed and synthesized to be a clinical practice guideline for elders with dementia or being at risk in a nursing home. The guideline composed of 2 parts, Part 1 Elders' health assessment to diagnose and indicate the severity of dementia and Part 2 Activities arrangement for promoting cognitive ability to the elders. 3) Evidence-observed phase, the guideline was evaluated the appropriateness by 3 experts. Then all the activities in the guideline were tried out with the elders by a nurse and an activity-therapist for 2 weeks. It was found that the activities were practical. The elders paid attention to the activities well. The nurse and the activity-therapist were satisfied with these activities as well.

The clinical nursing practice guideline should be longer continually use for the elders in the nursing home. It should be further evaluated for its effectiveness in promoting cognitive

ability to elders with dementia or being at risk, and then adjusted and developed to be the best practice for the organization.

Keywords : Elder, Dementia, Promoting cognitive ability, Clinical Nursing Practice Guideline

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาอิสระฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน ได้แก่ อาจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา และผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ให้กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี ประธานและกรรมการสอบการศึกษาอิสระที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงจนแล้วเสร็จ นอกจากนี้ยังขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาอันมีค่ายิ่ง ทำให้การศึกษาอิสระซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้ที่ได้เรียนมาบรรลุเป้าหมาย รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาตลอดหลักสูตร

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี อาจารย์พิจิตรา ชุณหฐิติธรรม และอาจารย์ชนิกา เจริญจิตต์กุล ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของการนำไปใช้ ความยากง่ายของการใช้ และความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการในการศึกษาอิสระครั้งนี้ และเปิดโอกาสในผู้ศึกษาได้ศึกษาในระดับปริญญาโท

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และผู้มีอุปการคุณที่มิอาจกล่าวนามได้ทั้งหมด ที่คอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา จนทำให้การศึกษาอิสระฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ธัญญรัศม์ สังข์สำราญ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... (1)

Abstract..... (3)

กิตติกรรมประกาศ..... (5)

สารบัญ..... (6)

สารบัญตาราง..... (9)

สารบัญแผนภูมิ..... (10)

บทที่

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

1.2 คำถามของการศึกษา..... 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา..... 4

1.4 ขอบเขตของการศึกษา..... 4

1.5 คำนิยามศัพท์..... 5

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ..... 5

2. ทบทวนวรรณกรรม

2.1 ความหมายของการสูงอายุ (Aging)..... 7

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ..... 8

2.3 ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)..... 18

2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม..... 35

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 43

2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์..... 45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. ระเบียบวิธีการศึกษา	
3.1 ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้สนใจศึกษา (Evidence–Trigger Phase).....	52
3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence–Supported Phase).....	53
3.3 ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-Observed Phase)	56
3.4 ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence-Based Phase).....	58
4. ผลการศึกษา	
4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์.....	59
4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ.....	63
4.3 ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผลของการปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ.....	71
4.4 ผลของการนำกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดไปทดลองใช้.....	72
5. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	74
5.2 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา.....	77
บรรณานุกรม.....	78

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก		หน้า
ผนวก ก	ตารางแสดงการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	83
ผนวก ข	เอกสารหมายเลข 1 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม	99
	เอกสารหมายเลข 2 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ : ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)	101
	เอกสารหมายเลข 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	104
	เอกสารหมายเลข 4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย	110
	เอกสารหมายเลข 5 แบบทดสอบคุณภาพชีวิต	124
	เอกสารหมายเลข 6 กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด	125
	เอกสารหมายเลข 7 แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถ ทางด้านการรู้คิด	131
ประวัติผู้เขียน		136

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	หัวข้อประวัติที่ควรซักควรเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค.....	25
2.2	การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ.....	27
2.6	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์.....	50
3.1	ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์.....	54
4.1	เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย.....	66

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ **หน้า**

4.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ..... 69

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2542 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 7 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ส่วนรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติระบุว่าอีก 20 ปี ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1 คนจากพลเมืองทุก 8 คน และอีก 150 ปีข้างหน้า 1 ใน 3 ของพลเมืองโลกจะเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. 2542)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้ในคนทุกวัย แต่พบได้บ่อยขึ้นในคนสูงอายุ ซึ่งจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2560 ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิกสรุปได้ว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคนและจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 229,000 คน และจะเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551)

แม้ว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมจะไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่ แต่ก็เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก มีค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยญาติประมาณ 4,000 – 6,000 บาทต่อเดือน และหากต้องจ้างผู้ช่วยผู้ดูแลอาจจะต้องเพิ่มอีก 8,000 – 16,000 บาทต่อเดือน นั่นหมายความว่า จะต้องมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่ต่ำกว่าหนึ่งหมื่นบาทสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันศิริกาญจน. ม.ป.ป.) นอกจากนี้ความซับซ้อนในด้านสาเหตุ ปัจจัยร่วม และพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการขาดความรู้ ความเข้าใจในการจำแนกชนิดของโรค การขาดแคลนบุคลากร เทคนิคการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะต้องกลายเป็นผู้พิการหมดสมรรถภาพ และไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขจนถึงวัยชราอันสมควร (สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล อ้างถึงใน ชุติมา

สืบวงศ์ลี. 2544) รวมทั้งลักษณะอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุส่งผลกระทบถึงความสามารถในการดำรงชีวิต ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุเองแล้วยังเป็นปัญหาต่อครอบครัว และสังคมส่วนรวมของประเทศอีกด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

การดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขทั้งทางด้านบริการการรักษา การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ได้ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกำลังมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นและจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ อีกทั้งปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว โดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ (Newly Industrialized Countries หรือ NICs) มีการขยายตัวและเติบโตเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) อย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคม เช่น ระบบโครงสร้างครัวเรือนแต่เดิมเป็นครัวเรือนขยายก็กลายเป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น หนุ่มสาวสมัยใหม่เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้พ่อแม่ที่สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพังไม่มีผู้ดูแล ความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันกันมากขึ้นทำให้บุตรไม่มีเวลาดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ จึงต้องพาผู้สูงอายุไปพักตามสถานที่พักผู้สูงอายุต่าง ๆ ทั้งรัฐบาลและเอกชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการสำรวจสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยมีคณะแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ทำหน้าที่ดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุทั้งประจำและไป กลับ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการพักระยะยาวเพื่อดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและ รักษา ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต จากการสำรวจผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแห่งนี้ โดยการสุ่มทดสอบผู้สูงอายุ 20 คนด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 75 ซึ่งมีอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญที่สุด คือ ด้านการรู้คิด ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ ในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจะยิ่งมีความบกพร่องในด้านความจำ การใช้ภาษา และการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นในสถานที่พักผู้สูงอายุจึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม แต่จากการปฏิบัติงานในการดูแลและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลแห่งนี้ พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

จากการค้นคว้าองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการรักษาแบบไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรักษาที่พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) ซึ่งการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ช่ส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด ได้นำบางส่วนของการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ (Johannesen. 2008) จากการทบทวนผลงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้ ROT ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบของสเปกเตอร์และคณะ (Spector and Others. 2000) พบว่า การทำ ROT ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งทางด้านการรู้คิดและพฤติกรรม จากการศึกษาของซาเน็ตตี้และคณะ (Zanetti and Others. 2002) พบว่า โปรแกรมการรับรู้ความเป็นจริงทำให้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive Functioning) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของคาแนปและคณะ (Knapp and Others. 2006) พบว่าการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดมีประโยชน์ต่อการรับรู้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และแนวทางการดูแลรักษาสำหรับแพทย์ แต่ยังขาดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่พักผู้สูงอายุและกำลังพัฒนาตนเองให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ คือ บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care) โดยใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Expert Clinician) ในด้านการตรวจร่างกายและการ

วินิจฉัยโรคเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในสถานที่พักผู้สูงอายุ และส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นการแสดงบทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Leader and Change Agent)ในการดูแลรักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Base Practice) และจัดการ (Manage) ให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้คำปรึกษา (Counselor) ให้ความรู้ (Educator) ด้านสุขภาพแก่ญาติเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถฟื้นฟูและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสถานที่พักผู้สูงอายุอย่างสมศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุต่อไป

1.2 คำถามของการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ (สถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ กันยายน พ.ศ. 2552 จนถึง มีนาคม พ.ศ. 2553 โดยศึกษาจากผลการวิจัยและเอกสารทางวิชาการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2552

1.5 คำนิยามศัพท์

1. ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีหรือมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการความผิดปกติทั้งทางระบบประสาทและทางจิตที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง แสดงออกในรูปแบบของการสูญเสียความสามารถในด้านความจำ ทั้งการจดจำและการระลึกได้ ตลอดจนมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ และด้านภาษา โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai)

2. การส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการประยุกต์ใช้การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง ความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว

3. สถานที่พักผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยงานที่จัดสถานบริการที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีคณะแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ทำหน้าที่ดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นการพักระยะยาวเพื่อดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และ รักษา ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

4. แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guidelines : CNPG) หมายถึง ขั้นตอนของการปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ทีมปฏิบัติงานใช้ในการดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในที่นี้หมายถึง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000)

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. พยาบาลในสถานที่พักผู้สูงอายุมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางเดียวกัน

2. เจ้าหน้าที่/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแล/จัดกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ได้พัฒนาความสามารถทางด้านการรู้คิดทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเกี่ยวกับ "การพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" นี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

2.1 ความหมายของการสูงอายุ (Aging)

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3 ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 ความหมายของการสูงอายุ (Aging)

ความหมายของคำว่า การสูงอายุหรือวัยสูงอายุ (Aging) สามารถให้ความหมายตามจำนวนปีตั้งแต่เกิดและตามความสามารถในการทำหน้าที่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) ดังนี้

การสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological Age) มีการกำหนดด้วยการเกษียณอายุหรือหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เช่น ประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี ส่วนบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดที่อายุ 65 ปี การแบ่งวัยสูงอายุด้วยจำนวนปีของอายุยังจำแนกวัยสูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young-Old) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-Old) อายุ 70-79 ปี วัยสูงอายุมาก (Old-Old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

การสูงอายุที่กำหนดโดยความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Age) นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ และวิชาชีพสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้ให้คำจำกัดความของวัยสูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ว่าประกอบด้วย ระดับความผาสุกและเจตคติทางบวกต่อการสูงอายุตลอดจนความสามารถในการทำประโยชน์ต่อสังคม ต่อคนอื่น และต่อตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมด้วย นอกจากนี้จะพบว่าผู้สูงอายุมักจะประเมินตนเองว่า "ชรา" เมื่อความสามารถด้อยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับทีมสุขภาพจึงใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ สุขภาพกาย ความผาสุกทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐานะ สังคม และความสามารถในการทำหน้าที่

กล่าวโดยสรุปความหมายของ “การสูงอายุ” จึงอาจหมายถึง จำนวนปี 60 หรือ 65 ปี ขึ้นอยู่กับการกำหนดของแต่ละสังคม และอาจให้ความหมายตามความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ตามรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้
(กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ. 2549)

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ประกอบด้วย ระบบห่อหุ้มร่างกาย ระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบประสาท ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบสืบพันธุ์

2.2.1.1 ระบบห่อหุ้มร่างกาย ระบบห่อหุ้มร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ผิวหนัง ต่อมเหงื่อ ผม และเล็บ ซึ่งนอกจากเกิดจากความชราแล้วการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาหารและสุขภาพทั่ว ๆ ไปมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ คือ

1) ผิวหนัง เป็นลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุ แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของร่างกาย เช่น บริเวณหน้า จะมีรอยตีนกาบริเวณหางตา บริเวณคอมีรอยย่นมาก เพราะมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ผิวหนังมักซีดไม่มีน้ำมีนวลเหมือนวัยหนุ่มสาว เนื่องจากหลอดเลือดฝอยบริเวณหน้าลดลง ใบหน้าของบางคนมีตุ่มนูนแข็งคล้ายหูด (Seborrhea Keratosis) เกิดจากไขมันที่ร่างกายขับออกมาถูกอุดตัน บางคนหน้าเป็นฝ้ามากขึ้น บริเวณแขนขา หลังมือ มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยทำให้มองเห็นเป็นรอยย่นชัดเจน ผิวหนังมักบางมองเห็นหลอดเลือดใต้ผิวหนังได้ชัดและบางแห่งอาจมีพรายน้ำ (Senile Purpura) เพราะหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย ผิวหนังมักแห้งและลอกทำให้มีอาการคัน เนื่องจากต่อมไขมันใต้ผิวหนังขับไขมันได้น้อยลง บางแห่งมีจุดเหมือนขี้แมลงวัน (Senile Lantigo) มากขึ้น บางแห่งมีรอยด่างและสีไม่สม่ำเสมอ เรียกว่าตกกระ (Actinic Keratosis) ส่วนบริเวณลำตัว โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและตะโพกจะมีไขมันใต้ผิวหนังมาก ทำให้มีลักษณะพุงพลุ้ย ผิวหนังตามตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายเหล่านี้ เมื่อเป็นแผลแล้วจะหายช้ามากเพราะเซลล์

แบ่งตัวได้ช้าลง หลอดเลือดเปราะและแข็งมากขึ้น ทำให้การงอกใหม่ของหลอดเลือดฝอยลดลง และมักเป็นแผลกดทับได้ง่ายเพราะประสาทสัมผัสไม่ดี

2) ต่อมเหงื่อขับเหงื่อได้น้อยลง ขนาดของต่อมเหงื่อเล็กลงและจำนวนเหลือน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว จึงระบายความร้อนจากร่างกายได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุร้อนมาก เมื่ออากาศร้อนจึงอาจเป็นลมจากความร้อนได้ง่าย สาเหตุของการระบายความร้อนไม่ดีมีส่วนหนึ่งเกิดจากประสาทอัตโนมัติที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นไม่ดี ทำให้การขยายของหลอดเลือดฝอยและการขับเหงื่อของต่อมเหงื่อเป็นไปค่อนข้างช้า นอกจากจะรู้สึกร้อนมากเมื่ออากาศร้อนแล้ว เมื่ออากาศหนาวผู้สูงอายุจะรู้สึกหนาวมากด้วย และทนต่อความหนาวเย็นไม่ค่อยได้ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังบริเวณแขนขาลดลง ร่างกายเก็บความร้อนได้ไม่ดีพอ

3) ผมเปลี่ยนเป็นสีขาว แห้งและร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อผิวหนังศีรษะเหี่ยวย่น การไหลเวียนของโลหิตลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บจะยาวช้ากว่าปกติ มีลักษณะแข็งและเปราะหักง่าย

2.2.1.2 ระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนมีผลทำให้ระบบอื่น ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารลดลง อันเป็นต้นเหตุของการเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

1) หัวใจของผู้สูงอายุมักมีรูปร่างและขนาดไม่เปลี่ยนแปลงนอกจากบางรายที่มีขนาดเล็กลง ภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีสารไขมันเรืองแสงซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเสื่อมของเซลล์และกำลังถูกกำจัดให้สลายจึงมักอยู่ใกล้กับไลโซโซม (Lysosome) สารนี้ถือเป็นสารสีแห่งความชรา (Aging Pigment) เรียกว่า ไลโปฟุสซิน (Lypofuscin) เยื่อบุหัวใจหนาขึ้น ผนังห้องหัวใจล่าง (Ventricle) หนาขึ้น และมีไขมันแทรกซึมอยู่ในกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจมักหนาและแข็งเป็นผลจากการมีพังผืด (Fibrosis) เกิดขึ้น ทำให้การนำกระแสประสาทไม่ดี การทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate) จะต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว ปริมาณเลือดสูงสุดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (Maximum Stroke Volume) ลดลง ทำให้จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) ลดลงถึงร้อยละ 40

2) หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นทำให้มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจนตรงบริเวณศีรษะ คอ แขน ขา การที่ผนังหลอดเลือดแข็งและเสียความยืดหยุ่นนี้ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ค่าความดันเลือดสูงขึ้นทั้งความดันซีสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก ซึ่งอาจสูงถึง 170/95 ม.ม.ปรอท ผู้ที่อายุเกิน 80 ปี อาจมีค่าความดันเลือดสูงถึง 195/105 ม.ม.ปรอท โดยไม่จำเป็นต้องรักษา

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลัง บางรายอาจมีอาการหน้ามืดเป็นลม เพราะการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจไม่ดีและการทำงานชดเชยเมื่อเกิดภาวะเครียดไม่ดีพอ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนองไม่สามารถปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม เกิดจากความกลัววิตกกังวล ถ้าไม่สามารถปรับตัว ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้

2.2.1.3 ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเช่นเดียวกัน คือ

1) อวัยวะช่วยหายใจ ทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ คือ มีความหนาจากหน้าไปหลังเพิ่มขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวขณะหายใจเข้าหายใจออกลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอ่อนแอลง การหายใจส่วนใหญ่ต้องใช้กระบังลมช่วยกล่องเสียงเสื่อมทำให้เสียงเปลี่ยนเป็นห้าว แหบ และแห้ง

2) ปอด มีแนวโน้มที่จะมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี เยื่อหุ้มปอดแห้งทึบ และมีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย ขนกวัด (Cilia) มีการโบกพัดน้อยครั้งลง (ปกติ 10-11 ครั้งต่อวินาที) ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ท่อหลอดลมแยก (Broncheal Ducts) และท่อถุงลม (Alveolar Ducts) ขนาดโตขึ้น ถุงลม (Alveoli) มีจำนวนน้อยลง แต่ขนาดโตขึ้นในคนอายุ 70 ปี อาจมีถุงลมเสื่อมลงไปถึง 30% เมื่อเทียบกับคนอายุ 40 ปี จากการที่มีถุงลมลดลง ทำให้ค่าแรงดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (P O2) ในผู้สูงอายุต่ำกว่าวัยหนุ่ม คือ เหลือเพียง 75 ม.ม.ปรอท ค่าของอากาศค้างในปอด (Residual Capacity) เพิ่มขึ้นประมาณ 50 % ในคนอายุ 90 ปี และค่าความจุชีพของปอด (Vital Capacity) ลดลง ทำให้ปริมาณอากาศ หายใจเข้าหายใจออก (Tidal Volume) ลดลง

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย เช่น หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมีความต้านทานลดลงจากเหตุใดก็ตาม ทำให้ติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

2.2.1.4 ระบบกล้ามเนื้อ ปริมาณกล้ามเนื้อลดลงและปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น การเพิ่มของไขมันเกิดจากร่างกายดึงไปใช้น้อยลง ทำให้มองเห็นผู้สูงอายุมีลักษณะกล้ามเนื้อหย่อนยาน ซึ่งเห็นชัดเจนตรงบริเวณแขนและมีลักษณะลงพุง กล้ามเนื้อมีเส้นใยเล็กลง ภายในเซลล์กล้ามเนื้อมีการสะสมของไกลโคเจน (Glycogen) และเกลือแร่ที่จำเป็นในการทำงานของกล้ามเนื้อน้อยลง ได้แก่ โปตัสเซี่ยม และทำให้ความตึงตัว (Tonus) ของกล้ามเนื้อลดลงและพลังก็อ่อนลง รู้สึกเหมือนไม่ค่อยมีกำลังและยกของหนักไม่ไหว การสังเคราะห์โปรตีนของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง และหลอดเลือดฝอยภายในกล้ามเนื้อลดลง

การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคล่องแคล่ว

ว่องไวในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุมักเดินก้าวสั้นๆ ท่าทางเดินไม่ค่อยมั่นคง มีไหล่ห่อเนื่องจากกล้ามเนื้อต้นแขน (Deltoid) เล็กลง และปุ่มกระดูกอะโครเมียน (Acromion Process) เสื่อมลง

2.2.1.5 ระบบกระดูก กระดูกจะบางลงเพราะมีการเกาะของแคลเซี่ยมลดลง เนื่องจากการใช้แรงงานในชีวิตประจำวันลดลง กระดูกจึงรับแรงที่มากระทำน้อยตามไปด้วย ซึ่งแรงที่มากระทำต่อกระดูกนี้จะสามารถกระตุ้นการสร้างกระดูกให้หนาขึ้นได้ สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากการขาดโปรตีนและเกลือแร่ ได้แก่ แคลเซี่ยม ฟอสฟอรัส และวิตามิน หรือขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งช่วยในการดูดซึมแคลเซี่ยมและมีการจับของแคลเซี่ยมในเนื้อกระดูก จึงมักพบภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือนมากกว่าผู้สูงอายุชาย การเกิดกระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุมีกระดูกเปราะและหักง่าย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการปวดร้าวโดยเฉพาะจะปวดหลัง บางรายอาจมีหลังโกง (Kyphosis) เนื่องจากกระดูกสันหลังมีการหักร่วมกับการยุบตัวของหมอนรองกระดูก ทำให้กระดูกที่หักมีลักษณะเป็นลิ่มซึ่งการหักนี้อาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้สูงอายุไม่ทราบสาเหตุก็ได้

ข้อกระดูกต่าง ๆ ก็เสื่อมลงเช่นกัน เยื่อหุ้มข้อ เยื่อหุ้มกระดูกจะเสื่อมสภาพไป โดยเฉพาะผิวข้อจะไม่มีเลือดหรือเส้นประสาทมาเลี้ยง การสึกกร่อนระยะแรกจึงยังไม่มีอาการปวด ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง จนถึงเนื้อกระดูกที่รองรับอยู่ทำให้รู้สึกปวดและไม่สามารถรับน้ำหนักได้เหมือนปกติ

กระดูกอ่อนมีการเสื่อมสลายจากการใช้งานมานานและเกิดพังผืด เยื่อหุ้มกระดูกก็มีพังผืดเกิดขึ้นเช่นกัน น้ำเลี้ยงข้อ มีลักษณะข้นกว่าวัยหนุ่มสาว การเกิดพังผืดที่ข้อร่วมกับน้ำเลี้ยงข้อข้นขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวข้อไม่สะดวก

การมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุต้องจำกัดกิจกรรมลง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว หรือรู้สึกลำบากใจถ้าต้องอยู่ในภาวะเร่งรีบ การเดินทางออกจากบ้านอาจจะน้อยครั้งลงเพราะกลัวว่าจะไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้านมากขึ้น

2.2.1.6 ระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของสมองมักจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่เฉพาะเจาะจง สมองของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง เซลล์ประสาทลดลงจากวัยหนุ่มสาวประมาณร้อยละ 6.75 ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี มีน้ำหนักของสมองเพียง 1150 กรัม ในขณะที่คนหนุ่มสาวอายุ 25 ปี มีน้ำหนักสมอง 1400 กรัม ภายในเซลล์ประสาทมีการสะสมของสารไขมันเรืองแสง คือ ไลโปฟุสซิน เช่นเดียวกับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ผู้สูงอายุบางรายมีอาการสั่นของมือและศีรษะ (Senile Tremor) เชื่อว่าเกิดจากสารสื่อ (Neurotransmitter) เช่น โดปามีน (Dopamine) สูญเสียการควบคุมการทำงานประสานกันของสมอง

การนำกระแสประสาท จะช้าลงเนื่องจาก มีการทำลายของปลอกประสาท พบว่าปลอกประสาทบางส่วนหายไปเป็นช่วง ๆ บางส่วนมีการงอกใหม่ซึ่งอาจเหลือร่องรอยไว้ทำให้ขัดขวางการนำกระแสประสาท ซึ่งมีผลทำให้การนำกระแสประสาทรับความรู้สึกเข้าสู่สมองช้าลง ผู้สูงอายุจึงตอบสนองต่อการกระตุ้น และปฏิกิริยาสะท้อนกลับ ช้าลงกว่าเดิม ซึ่งพบว่าการนำการรับรู้ในระบบประสาทลดลงร้อยละ 15 เส้นประสาทที่มาสั่งงานของกล้ามเนื้อก็เสื่อมลงเช่นกัน ผู้สูงอายุจึงมักทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ ความแม่นยำจะเสียไปมาก เนื่องจากการทำงานของสมองและอวัยวะต่าง ๆ ไม่ประสานกันเท่าที่ควร ร่วมกับความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและการเสื่อมของกระดูกและข้อทำให้ผู้สูงอายุประสบกับอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ง่าย

ลักษณะการนอนหลับในผู้สูงอายุก็เปลี่ยนแปลงไป คือ หลับ-ตื่น ตื่นละหลาย ๆ ครั้ง คุณภาพของการนอนก็จะลดลงคือ หลับยาก และหลับไม่ค่อยสนิท มักตื่นนอนกลางดึก

ระบบประสาทอัตโนมัติ ก็ทำงานเสื่อมลงเช่นกัน มีการตอบสนองช้า มีผลทำให้ผู้สูงอายุหน้ามืดเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าได้ง่าย เช่นจากท่านอน เป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งเป็นท่ายืน เพราะการตอบสนองของหลอดเลือด เมื่อแรงดันเปลี่ยน (Baroreflex Sensitivity) เป็นไปค่อนข้างช้าจนทำให้ความดันโลหิตลดลงมากเมื่อเปลี่ยนท่าและเมื่อร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หัวใจก็ตอบสนองโดยการบีบตัวให้แรงและเร็วขึ้นได้ช้า จนทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนได้ในบางครั้งหรือเมื่อกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวเร็วแล้ว กว่าจะสั่งงานให้หัวใจบีบตัวช้าลงก็ต้องใช้เวลานานจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.2.1.7 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ (Special Senses) ระบบประสาทสัมผัสพิเศษประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ซึ่งเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะมีการเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ

1) ตา การเสื่อมของตาทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความปลอดภัยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขสบายอื่น ๆ อย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเริ่มตั้งแต่หนังตาบนซึ่งปกติจะบางไม่มีไขมันใต้ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นจึงเกิดหนังตาหย่อนได้ง่าย หนังตาล่างจะบวม (Senile Elastosis หรือ Puffy Lids) เนื่องจากไขมันที่อยู่ใต้ลูกตายื่นออกมาเพราะผนังกั้นไม่แข็งแรง

ดวงตาผู้สูงอายุไม่มีประกายสดใสเพราะน้ำหล่อเลี้ยงตาน้อยลงเนื่องจากเซลล์กลอบเล็ท (Globlet Cell) ทำงานน้อยลง ถ้าอยู่ในอากาศที่แห้งจะรู้สึกเคืองตา บริเวณกระจกตามีวงขาวเกิดขึ้นอาจเกิดเพียง 1/4-1/2 หรือรอบวงกลมถัดจากขอบนอกของตาดำ เรียกว่าอาร์คัสซีไนลิส (Arcus Senilis) กล้ามเนื้อม่านตา (Iris) หย่อนทำให้รูม่านตาเล็กกว่าวัยหนุ่มสาว เรียกว่า ซีไนล์ไมโอซีส (Senile Miosis) และรูม่านตาหดและขยายช้า จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับเปลี่ยนการมองวัตถุซึ่งอยู่ในที่มืดแล้วมองในที่สว่างหรือมองในที่สว่างแล้วกลับไปมองที่มืดให้มองเห็นชัดได้ภายในช่วงเวลาสั้น ๆ

ผู้สูงอายุมักสายตายาว การปรับสายตาจากมองใกล้เป็นมองไกล หรือมองไกลแล้วมองใกล้ได้ไม่ดี เมื่อมองวัตถุที่เคลื่อนไหวเร็ว ๆ จะรู้สึกเวียนศีรษะเพราะการทรงตัวในตัวผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการมองเห็น เลนซ์ตามักขุ่นทำให้ทึบแสงมากขึ้น และมีสีเหลืองเพิ่มขึ้น เมื่อแสงผ่านเลนซ์ตาลักษณะนี้จะถูกกรองแสงเก็บแสงสีน้ำเงินและสีม่วงไว้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นวัตถุที่มีสีม่วงและสีน้ำเงินไม่ชัดเจนและไม่สามารถแยกความแตกต่างของสี 2 สีนี้ได้อย่างชัดเจน แต่ผู้สูงอายุจะมองเห็นวัตถุสีแดงและสีเหลืองได้ชัดเจนดีมาก เนื่องจากเลนซ์ตาที่กลายเป็นสีเหลืองมากขึ้นนี้ยอมให้แสงสีเหลืองและสีแดงผ่านได้ดี ผลอีกประการหนึ่งจากการที่เลนซ์ตาขุ่น คือ ต้องใช้แสงสว่างมากขึ้น เพื่อการมองที่ชัดเจน และการมองเห็นเกี่ยวกับความลึกลดลง เนื่องจากการตอบสนองของจอตาต่อแสงที่ไปกระตุ้นถูกขัดขวาง จึงทำให้ความสามารถในการเพ่งมอง (Light Accumulation) ลดลง และถ้าเลนซ์ตาขุ่นมากจะมีลักษณะทึบแสงเรียกว่า เป็นต้อกระจก

ลานสายตาแคบลง มองเห็นสิ่งรอบข้างได้ลดลง เกิดจากเลือดไปเลี้ยงจอตาน้อยลง ทำให้มีการเสื่อมของจอตา เวลาเดินอาจชนสิ่งของที่อยู่ข้างทางเพราะมองไม่เห็น แต่ภาพที่มองเห็นวัตถุข้างหน้าค่อนข้างจะชัดเจน แต่ถ้ามีการเสื่อมของแมกคูล่า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตามัวลงอย่างมาก อ่านหนังสือหรือใช้สายตาไม่ได้แต่ยังสามารถเดินได้ ตาจะไม่บอดสนิทแต่ไม่สามารถทำงานที่ละเอียดได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะ จอตาส่วนแมกคูล่า มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง

2) หู การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นนอก มีขี้หูมากขึ้น หูชั้นกลางมีการเปลี่ยนแปลงของแก้วหู คือ มักจะแข็งและฝ่อ ส่วนหูชั้นในและหลังโฆเคลีย มีการตายของเซลล์ขนตรงบริเวณก้นหอย ซึ่งมักจะเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงร่วมกับมีของเหลว (Endolymp) อยู่ภายในก้นหอยมากขึ้น ทำให้ผนังบวมกดดันเซลล์ขนจนในที่สุดเซลล์ขนตาย ก่อนตายอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนมีเสียงในหู เวียนศีรษะแบบบ้านหมุน การได้ยินลดลง ซึ่งจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงมากกว่าเสียงที่มีความถี่ต่ำ การสูญเสียการได้ยินทำให้ผู้สูงอายุถูกตัดขาดจากสิ่งแวดล้อม เมื่ออยากได้ยินเสียงอาจต้องขอร้องให้ผู้พูด พูดเสียงดัง ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการพูดตวาดก็ได้ หรือลูกหลานอาจแสดงอาการหงุดหงิด ถ้าผู้สูงอายุฟังไม่รู้เรื่อง

3) ลิ้น จำนวนปุ่มรับรส ที่ยังทำงานได้ลดลงจากเดิมถึงร้อยละ 80 คือ เหลือเพียงประมาณ 1/3 เท่านั้น ทำให้การรับรสได้ไม่ดี โดยเฉพาะรสหวาน ซึ่งมีปุ่มรับรสอยู่บริเวณปลายลิ้นจะสูญเสียก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่หวานจัดขึ้น จึงจะรู้สึกว่าหวานชื่นใจ ต่อมาจะสูญเสียการรับรสเค็มก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชอบอาหารที่มีรสเค็มจัดขึ้นเช่นกัน ปุ่มรับรสที่เสียช้าที่สุด คือ รสขมและรสเปรี้ยว จากการที่ปุ่มรับรสเหลือน้อยลงประกอบกับการที่มีน้ำลายในปากน้อยลง และจมูกรับกลิ่นได้ลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้ง่าย

4) จมูก ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากจำนวนใยประสาทรับกลิ่น มีจำนวนน้อยลง ความสามารถในการรับกลิ่นลดลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่คนเดียวเพราะอาจไม่ว่องไวต่อกลิ่น ซึ่งเป็นสัญญาณอันตรายจากไฟไหม้ กลิ่นแก๊สรั่ว เป็นต้น

5) ผิวหนัง ความรู้สึกจากการสัมผัสที่ผิวหนังลดลง อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย เพราะความรู้สึกต่อแรงกดและความเจ็บปวดลดลง

2.2.1.8 ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

1) ฟัน ฟันมักจะหักเหลือซี่น้อยลง ที่เหลืออยู่มักจะโยกคลอนไม่แข็งแรงพอที่จะขบเคี้ยวอาหารแข็ง บางคนต้องใส่ฟันปลอม ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารที่มีลักษณะเหนียวและอาหารที่มีก้างหรือกระดูก ลักษณะของฟันที่ยังเหลืออยู่ก็มีลักษณะยาวขึ้น เนื่องจากเหงือกร่นลงมาประกอบกับร่างกายสร้างเคลือบรากฟัน (Sementum) เพื่อต่อรากฟันให้ยาวขึ้นเพื่อชดเชยกับการสึกของปุ่มฟันจากการใช้บดเคี้ยวอาหาร สีของฟันในผู้สูงอายุมักจะเป็นสีเหลืองกว่าวัยหนุ่มสาว เกิดจากเคลือบฟันบางลงทำให้เห็นเนื้อฟัน (Dentine) ซึ่งมีสีเหลืองชัดเจนขึ้น โพรงประสาทฟันในผู้สูงอายุเล็กลง ประกอบกับเซลล์ประสาทในโพรงประสาทฟันมีน้อยลง จึงมีผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียวฟันน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว อวัยวะยึดตัวฟัน อันประกอบด้วยกระดูกเบ้าฟัน (Alveolar Bone) สลายตัวไปทำให้ฟันไม่แข็งแรงเพราะฝังอยู่ในกระดูกเป็นส่วนน้อย ต่อมน้ำลายขับน้ำลายน้อยลง น้ำลายมีลักษณะเหนียวมากขึ้น ประกอบการกับการรับรสและกลิ่นไม่ดี ให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร

2) หลอดอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง จะรู้สึกอาหารติดคอถ้ารับประทานเร็ว หลอดอาหารมักขยายใหญ่ออก หูรูดของหลอดอาหารคลายตัว น้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้หลอดอาหารอักเสบได้ง่าย และผู้สูงอายุจะรู้สึกแสบหน้าอก

3) กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารบีบตัวน้อยลง ขับน้ำย่อย คือกรดเกลือ (HCI) ได้น้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาวถึงร้อยละ 35 ทำให้ย่อยโปรตีนได้น้อยลง และยังทำให้การดูดซึมเหล็ก แคลเซียมและวิตามินบี 12 ลดลง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของกรดด่าง ปริมาณการไหลเวียนเลือด และการเจริญเติบโตของบัคเตรีบางชนิดด้วย การที่กระเพาะอาหารบีบตัวได้ช้าลง ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น

4) ลำไส้ ตลอดความยาวของลำไส้มีการฝ่อของเยื่อบุเป็นหย่อม ๆ ประกอบกับน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารลดลง เซลล์ที่ทำหน้าที่ดูดซึมมีน้อยลง และเลือดมาเลี้ยงลำไส้ลดลง

ทำให้การดูดซึมลดลง ผู้สูงอายุมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ช้าลง ร่วมกับการขับเมือกของลำไส้ใหญ่มีน้อยลง กากอาหารที่ผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะดูดซึมน้ำกลับไปมากจึงทำให้อุจจาระแห้งมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงท้องผูกได้ง่าย

2.2.1.9 ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงคือ

1) ไต ขนาดของไตเล็กลง เพราะมีการสูญเสียเซลล์ประมาณ 0.6% ต่อปี ซึ่งมีผลให้การทำงานลดลงถึงร้อยละ 40-60 เมื่ออายุ 75 ปี เลือดไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 53 ทำให้ประสิทธิภาพการกรองลดลง ค่าอัตรากรอง (Glomerulo Filtration Rate) ของคนอายุ 90 ปี ลดลงจากคนอายุ 20 ปี ถึงร้อยละ 50 การดูดซึมน้ำกลับของทิวบูล (Tubule) ของไตลดลงทำให้ปัสสาวะของผู้สูงอายุเข้มข้นน้อยลงคือ ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะของผู้สูงอายุประมาณ 1.024 ขณะที่ของคนหนุ่มสาวสูงถึง 1.032

2) กระเพาะปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะร่วมกับภาวะหย่อนยานของกระบังลม ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังถ่ายปัสสาวะประกอบกับกระเพาะปัสสาวะจุน้ำปัสสาวะได้น้อยลงจาก 500 มล. เหลือเพียง 250 มล. จึงทำให้กระเพาะปัสสาวะเต็มง่าย ทำให้ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่มีเลือดไหลผ่านไตมาก หูรูดของกระเพาะปัสสาวะหย่อนยานโดยเฉพาะในหญิงสูงอายุที่ผ่านการคลอดบุตรหลายคน ร่วมกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอ่อนแอเกิดปัสสาวะเล็ด เมื่อไอหรือจาม (Stress Incontinence of Urine) ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของตน

3) การขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ชายที่อายุเกิน 50 ปี มักมีต่อมลูกหมากโตทำให้อุดกั้นทางเดินปัสสาวะ การถ่ายปัสสาวะลำบาก มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะมาก ปัสสาวะออกช้าและปัสสาวะไม่พุ่งซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทรมานมากและกังวลเมื่อต้องเดินทางไกล

2.2.1.10 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ จะเริ่มเสื่อมลงได้แก่

1) ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) มีขนาดเล็กลง มีพังผืดเกิดขึ้นที่ต่อม เลือดมาเลี้ยงต่อมน้อยลง

2) ต่อมไทรอยด์ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยคือ มีพังผืดและเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด ลิมโฟไซท์ สอดแทรกอยู่ในต่อม ปริมาณฮอร์โมนในเลือดคือ ที 4 (T4) และที 3 (T3) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่า ไอโอดีน อัฟเทค (Iodine Uptake) ลดลง ปริมาณไทโรแคลซิโตนิน (Thyrocalcitonin) ลดลง

3) ต่อมพาราไทรอยด์ ระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดเปลี่ยนแปลงหรือไม่ยังไม่ทราบ แต่ทราบว่ามีความไวเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากเอสโตรเจนลดลง ซึ่งมีผลให้แคลเซี่ยมหลุดออกจากกระดูกทำให้กระดูกบางลง

4) ต่อมหมวกไต ต่อมหมวกไตส่วนเปลือกยังมีการหลั่งคอร์ติซอลปกติ การตอบสนองของฮอร์โมน อัลโดสเตอร์โรน (Aldosterone) โดยการจำกัดเกลือพบว่าจะขับฮอร์โมนนี้ออกมาเพียงร้อยละ 30-40 ของคนอายุน้อย เรนิน (Renin) มีค่าลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น

5) ตับอ่อน มีขนาดเล็กลง บางรายมีไขมันสอดแทรกอยู่ในต่อม อินซูลินในเลือดปกติ แต่การตอบสนองต่อคลูโคสในระยะแรก และระยะท้าย (Rate Phase of Insulin) จะลดลงทำให้ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอาหารในชั่วโมงที่หนึ่งเพิ่มขึ้น 9.5 มก. ต่อเดซิลิตร ทุก 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับที่สูงขึ้นเอง ไกลโคโซเรท ฮีโมโกลบิน (Glycosyrate Hemoglobin) ซึ่งเป็นตัวที่มีผลในปฏิกิริยาในการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนและทำให้เกิดต้อกระจกที่ตาได้

6) ต่อมเพศชาย ลูกอัณฑะจะฝ่อลงและมีลักษณะแข็งขึ้น การสร้างเชื้ออสุจิน้อยลงประมาณร้อยละ 30 ในคนอายุ 60 ปี เมื่อเทียบกับคนอายุ 25-30 ปี และลดลงร้อยละ 20 ในคนอายุ 80 ปี เมื่อเทียบกับคนอายุ 60 ปี ระดับเทสโทสเตอร์โรนในเลือดลดลง

7) ต่อมเพศหญิง พบว่ารังไข่ฝ่อ และหยุดการตอบสนองต่อ เอฟ เอส เอช ต่อมใต้สมอง ในคนอายุ 80-90 ปี จะเห็นรังไข่เหลือเพียงเศษเนื้อชิ้นเล็ก ๆ เท่านั้น

2.2.1.11 ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์นั้นเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเพศลดลง คือ เอสโตรเจนในเพศหญิง และเทสโทสเตอร์โรนในเพศชาย

1) อวัยวะสืบพันธ์เพศหญิง พบว่า เต้านมจะหย่อนยาน หัวนมเล็กลงและเนื้อเยื่อของเต้านมมีไขมันมากขึ้น อวัยวะเพศภายนอกเหี่ยวลงเพราะมีไขมันใต้ผิวหนังลดลงขนบริเวณอวัยวะเพศมีน้อยลง แคมนอก (Iabia) แบนราบลง ช่องคลอดมีสีชมพูและแห้ง การยืดขยายมีน้อยลง เซลล์ผิวหนังช่องคลอดบางและไม่มีเส้นเลือด ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้นทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และชนิดของบัคเตรีในช่องคลอด แตกต่างไปจากวัยอื่นๆ ปากมดลูกเหี่ยวเล็กลง มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุมดลูก (Endometrium) มักไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมน ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดหลังวัยหมดประจำเดือนได้ง่าย

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญได้แก่

2.2.2.1 บุคลิกภาพ การศึกษาของแมคคอยและคณะ (McCoy and others. 1980 : 877-883 Quoted in Murray. and Zentner. 1985 : 580) พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพเกิดขึ้นแม้อายุมากขึ้น ลักษณะบุคลิกภาพจะยังคงเป็นไปเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมาและจะยิ่งมีลักษณะที่ชัดเจน

ยิ่งขึ้น เช่น คนที่เคยพูดมากก็จะยังคงเป็นคนที่พูดมากอยู่เหมือนเดิม หรืออาจจะคุยมากขึ้น ส่วนผู้ที่เงียบเฉยก็จะยังคงเงียบเฉยเช่นเดิม ตราบเท่าที่ร่างกายยังมีความแข็งแรง ผู้สูงอายุ ยังคงเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม และคงเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา ลักษณะดังกล่าวจะเป็นอยู่ต่อไปอย่างราบรื่นตามสภาพของร่างกายและสถานการณ์ในชีวิตที่ประสบ แต่เมื่อไรก็ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่า อยู่ร่วมกับผู้ที่อ่อนวัยกว่าค่อนข้างลำบาก หรือผู้ที่อ่อนวัยกว่ารู้สึกหนักใจที่จะอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ บุคลิกภาพที่มีลักษณะแฝงก็จะปรากฏออกมาชัดเจนขึ้น บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าบุคลิกภาพของผู้สูงอายุคือเป็นผู้ที่มีความยึดมั่น อนุรักษ์นิยม เอาแต่ใจตนเองและความคิดเห็นไม่ค่อยลงรอยกับผู้อื่น ลักษณะการใช้อำนาจและพยายามบังคับขู่เข็ญผู้อื่นก็พบได้บ่อยขึ้น

สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่พบเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เป็นลักษณะที่แฝงอยู่ในบุคคลนั้นๆ มาก่อน แต่ไม่มีโอกาสแสดงออก หรือแสดงออกมาโดยใช้กลไกทางจิตใจซึ่ง นิวการ์เทน (Neugarten. 1973 : 356-366 Quoted in Murray. and Zentner. 1985 : 583) กล่าวว่าลักษณะดังกล่าวพบได้ในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ผู้สูงอายุหญิง มักจะแสดงออกถึงความก้าวร้าว และเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับในความมีคุณค่าของตนเอง ส่วนผู้สูงอายุชาย มักจะแสดงออกโดยการยอมรับทำตามข้อชี้แนะของผู้อื่น ต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพราะชายสูงอายุสามารถทำใจกว้างยอมรับความจริงเกี่ยวกับตัวเองว่าไม่ได้อยู่ในบทบาทของหัวหน้างาน

2.2.2.2 ลักษณะอารมณ์ ลักษณะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นไปในรูปใดขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ถ้าในวัยที่ผ่านมานั้นผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในภาระงาน พัฒนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะอารมณ์ที่เหมาะสม โดยสามารถมองย้อนไปถึงอดีตแล้วประจักษ์ในชีวิตของตนว่ามีค่าและน่าพอใจ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นสุขสมหวัง และพึงพอใจในสภาพเป็นอยู่ปัจจุบัน แต่ถ้าปฏิบัติภาระงานพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาไม่สำเร็จ จะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตนเองมาอย่างผิดพลาด หรือไม่ถูกต้อง ทำให้รู้สึกขมขื่น รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกบาป ทำให้เป็นคนใจน้อยและกระทบกระเทือนได้ง่าย รู้สึกหมดอำนาจ สงสารตัวเอง ไร้คุณค่า มีปมด้อย หรืออาจแสดงออกมาในรูปของความฉุนเฉียว โกรธ หงุดหงิด ขู้จี้จุกจิก กังวล รำคาญ หรือมีทิฐิ ไม่ไว้ใจใคร แยกตนเองออกจากสังคม ประกอบกับสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมถอย การพลัดพรากจากกันของเพื่อนวัยเดียวกัน การตายจากของคู่ครอง การแยกครอบครัวของบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความรู้สึกเหงาว้าเหว่ อ้างว้าง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือเศร้าใจได้ง่าย ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงยิ่งขึ้น ถ้าผู้สูงอายุต้องสูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง (Self-Esteem) อันเนื่องมาจากขาดความเป็นอิสระในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน การพึ่งพาผู้อื่นเป็นการบ่อนทำลายการ

ยอมรับนับถือตนเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ให้คุณค่าของการพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุมักจะขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ มักจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะต้องเสี่ยง จะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวกับตนอง มักจะสนใจในสิ่งที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อตน และมักจะคิดว่าผู้อื่นไม่ให้ความสนใจหรือให้เกียรติ

กล่าวโดยสรุป คือ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย และสามารถให้การส่งเสริม ป้องกันปัญหาอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลง และดูแลช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

2.3 ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในเนื้อสมอง โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และมีความผิดปกติในหน้าที่เนื้อสมองอื่นร่วมด้วย เช่น อาจมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract Thinking) ลดลง มีความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ และมีความผิดปกติอื่น ๆ ในหน้าที่ของสมองส่วนคอร์ติคัล (Higher Cortical Function) ร่วมด้วยไม่มากก็น้อย โดยที่ความผิดปกติที่กล่าวมานี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540)

การเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง จะแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540)

ในการศึกษาเรื่องภาวะสมองเสื่อม ผู้ศึกษาจะกล่าวถึง การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการพยากรณ์โรค ในผู้สูงอายุ

2.3.1 การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

การจัดแบ่งชนิดหรือกลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อมทำได้หลายแบบ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) ดังนี้

2.3.1.1 การจำแนกตามสาเหตุการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) Primary Dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) โรคพิกค์ (Pick's Disease) โรคฮันดิงตัน (Huntington's Disease) เป็นต้น

2) Secondary Dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคทางเมตาโบลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น

2.3.1.2 การจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งแบ่งตามส่วนของสมองที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่

1) Cortical Dementia มักมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น อาการผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาสมาธิเสียไป ความจำเสื่อมทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำในอดีต เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก และทำอะไรไม่ถูกขั้นตอน นอกจากนี้จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทาง ความสามารถในการทำงาน การแต่งตัวเสียไป และไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจระงับอารมณ์ไม่อยู่ ในระยะท้ายของโรค อาจมีความผิดปกติของการเดิน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อพูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้และมีความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพิกค์

2) Subcortical Dementia จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ค่อนข้างกระจัดกระจายกว่า Cortical Dementia และการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองมักจะไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มักจะแสดงออกมาในรูปของการกระทำที่เชื่องช้าลง ความคิดความอ่านไม่ฉับไว ความตั้งใจลดลง หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่พบบ่อยมากที่สุดคืออาการซึมเศร้า ขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลักษณะที่เด่นมากในสมองเสื่อมชนิดนี้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (Bradykinesia) พูดช้าลง พูดไม่ชัด (Dysarthria) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวบิดไปบิดมาโดยควบคุมไม่ได้ (choreoathetosis) และความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาทในระยะแรก ๆ ของโรค ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Normal Pressure Hydrocephalus) เป็นต้น

2.3.1.3 การจำแนกตามสาเหตุการเกิดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้จำแนกภาวะสมองเสื่อมตามสาเหตุการเกิดไว้ดังนี้

1. สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
2. สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง
3. สมองเสื่อมจากโรคติดเชื้อ เอชไอวี

4. สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บทางศีรษะ
5. สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน
6. สมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน
7. สมองเสื่อมจากโรคพิกค์
8. สมองเสื่อมจากโรคครอยท์เฟลท์-เจคอบ
9. สมองเสื่อมที่เกิดจากยาชนิดต่าง ๆ
10. สมองเสื่อมจากสารหรือวัตถุต่าง ๆ
11. สมองเสื่อมจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน
12. สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ

สาเหตุของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้มากที่สุดร้อยละ 50-60 แต่บางรายงานพบได้ถึงร้อยละ 70 รองลงมาคือ สาเหตุจากหลอดเลือดพบได้ ร้อยละ 10-30 นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เมื่อผ่าศพพิสูจน์แล้วพบว่าประมาณ ร้อยละ 15-20 จะมีสาเหตุร่วมกันของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งรายละเอียดของสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภท มีดังนี้

1. สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Demential of the Alzheimer's Type : DAT) จะมีลักษณะอาการดังนี้

1.1 การสูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกรายในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้ป่วยลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคน ลืมการนัดหมาย ต่อมาจะสูญเสียความจำระยะยาว ลืมเรื่องต่าง ๆ ในอดีต

1.2 การสูญเสียความสามารถทางภาษา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าลำบากในการค้นหาคำพูด ไม่สามารถเขียนถ่ายทอดความคิดของตนเอง ไม่เข้าใจทางด้านวรรณศิลป์ จนในที่สุดจะไม่สามารถพูดได้

1.3 มีความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยที่กำลังกล้ามเนื้อยังปกติผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีความลำบากในการทำงานที่ซับซ้อน

1.4 สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ไม่รู้จักสิ่งของและคนรอบข้าง และในระยะท้ายผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงความรัก ไม่ว่าจะรักผู้อื่น หรือร่ายกายของตนเอง

จากการสูญเสียในลักษณะต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กระวนกระวาย ประสาทหลอน และในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยมักกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ และบางรายมีอาการชักเกร็ง ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-20 ในระยะแรกอาการสมองเสื่อม ระยะเวลาในการดำเนินโรค

2-20 ปี เฉลี่ยประมาณ 10 ปี และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คือ อายุที่สูงขึ้น ประวัติการหลงลืมในครอบครัวซึ่งอาจมีสาเหตุจากด้านพันธุกรรม และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

2. สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia)

ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ที่พบได้บ่อย คือ สมองเสื่อมจากการตายของเนื้อสมองในหลาย ๆ ส่วนของสมอง (Multi – Infarct Dementia : MID) ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการตายของเนื้อสมอง จากการศึกษาย้อนหลังความสัมพันธ์ระหว่างสมองเสื่อมและปริมาณรวมทั้งหมดของเนื้อสมองที่ตายพบว่าสมองเสื่อมจะเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่สมองถูกทำลายไปมากกว่า 100 มิลลิเมตร

ลักษณะอาการจะเริ่มเป็นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด และมีการเสื่อมลงเป็นลำดับขั้นอาการความเสื่อมที่สังเกตพบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่เนื้อเยื่อของสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการและอาการแสดงของระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น ความลำบากในการพูด การอ่อนแรงของแขน ขา การเป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประวัติความดันโลหิตสูง สโตร๊ค (Stroke) เบาหวาน หัวใจเต้นผิดปกติ และโรคของหลอดเลือดสมอง และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการมีระดับไขมันในเลือดสูง ส่วนอาการแสดงของความบกพร่องทางปัญญา คือ อาการของความผิดปกติในการพูด การเสื่อมของเชาว์ปัญญา ความจำบกพร่อง ความสนใจตั้งใจลดน้อยลง และอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ร้อยละ 60 และยังอาจพบอาการหลงผิดหวาดระแวง (Delusions) ร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง มักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-8 ปี หลังการวินิจฉัย

2.3.2 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ในการจำแนกระดับความรุนแรง จะต้องพิจารณาจำนวนและความรุนแรงของอาการที่เป็นและผลกระทบที่ติดตามมา ในด้านกิจกรรมการงานหรือด้านสังคม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ การจำแนกความรุนแรงของอาการเป็นระดับต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมไว้ได้ 3 ระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) คือ

2.3.2.1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การงาน และด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืม

ไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

2.3.2.2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสีย เห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจจะเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นจะต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

2.3.2.3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสนไม่รู้เวลา สถานที่หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

2.3.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการและอาการแสดงในด้านต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548) ดังนี้

2.3.3.1 ด้านปัญญา (Cognition) อาการที่ปรากฏเริ่มแรกและเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด คือ ความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ เช่น ลืมการนัดหมาย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและการเรียกชื่ออย่างทันทีทันใด มีความบกพร่องในเรื่องความจำด้านสถานที่และเวลา และมีสมาธิบกพร่อง ในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะยิ่งมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ความจำในเรื่องเก่า ๆ ที่เคยจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน มีความผิดปกติของการใช้ภาษา การรับรู้ สูญเสียความคิดในเชิงนามธรรม ไม่สามารถบอกเหตุผลหรือแนวคิดต่าง ๆ ได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดระบบการทำงานที่ซับซ้อนได้ อาจแบ่งกลุ่มอาการดังนี้

1. มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อมวกวน อาจไม่เข้าใจคำพูดของตน สับสนในการเขียนภาษา และพูดจาซ้ำซาก ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนพูดไม่ได้ หรือรูปแบบของคำพูดผิดปกติ เช่น พูดตามเสียงที่ได้ยิน (Echolalia) เปล่งเสียงหรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ (Palilalia)

2. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่การรับรู้ความเข้าใจและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อยังเป็นปกติ (Apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ แม้จะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การหวีผม การโบกมือเพื่อร่ำลา เป็นต้น ความบกพร่องด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบอาหาร การแต่งตัว และไม่สามารถวาดรูปต่าง ๆ ได้

3. ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ แม้จะมีประสาทสัมผัสรับรู้ที่ปกติ (Agnosia) คือ ผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้ยิน แต่ไม่สามารถรับรู้หรือจำแนกได้ว่าเป็นอะไร เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าสิ่งนั้นคือ เก้าอี้ ดินสอ เป็นต้น ในระยะต่อมาผู้ป่วยอาจจะจำสมาชิกในครอบครัวของตนไม่ได้ หรือแม้กระทั่งไม่สามารถจำเงาสะท้อนของตนเองจากกระจกได้ ในทำนองเดียวกันในขณะที่ประสาทสัมผัสทางผิวหนังเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า วัตถุที่กำลังถือไว้ในมือเป็นอะไร เช่น เป็นเหรียญ หรือกุญแจ

4. มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะเกี่ยวกับความผิดปกติของสมองส่วน Frontal Lobe หรือเกี่ยวกับ Subcortical Pathway การทำหน้าที่ที่ซับซ้อนจะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเรียงลำดับ การคิดตามตรวจสอบ และการหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวนี้อาจจะแสดงออกโดยการที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการเผชิญกับงานที่แปลกใหม่ และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ซึ่งมีการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลใหม่ ๆ และซับซ้อน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนถึงความสามารถที่ลดลงและส่งผลกระทบต่อการกระทำกิจวัตรหน้าที่ประจำวัน

2.3.3.2 ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้หลายอย่าง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) ซึ่งในชุมชนจะพบผู้ที่สมองเสื่อมร้อยละ 31 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉลี่ย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ บางรายอาจจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง อาจมีอาการวุ่นวาย (Agitation) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 55 อาจเดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมาย และหาทางกลับไม่ได้ (Wandering) พบได้ ร้อยละ 12 และพบว่าเกือบร้อยละ 90 ที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอาจเฉยเมย ไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมักแสดงออกถึงความผิดปกติทางกาย เช่น มีปัญหาในการนอน อาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม การสูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิว ประกอบกับการมีแผลในช่องปากและฟัน ทำให้เกิดความเจ็บปวดทำให้ไม่รับประทานอาหาร จึงส่งผลให้น้ำหนักลด ขาดสารอาหาร หรือเสียชีวิตได้ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะ

มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความรุนแรงของโรค และเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องรีบให้ความดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นภาระที่หนักหน่วงและก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้ดูแล

2.3.3.3 ด้านอารมณ์และอาการทางจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความผิดปกติทางจิตเวช มักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญา ความเฉลียวฉลาด และด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 67 มีอาการซึมเศร้า ซึ่งพบอาการนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 17-40 ส่วนอาการทางจิตเวชนั้นมักจะพบอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงและประสาทหลอน โดยมีรายงานผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ร้อยละ 43 เคยมีอาการหลงผิด (Delusions) และร้อยละ 23.5 เคยมีอาการประสาทหลอน (Hallucinations)

2.3.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย แนวทางการตรวจวินิจฉัยอาการสมองเสื่อม การตรวจหาสาเหตุของอาการสมองเสื่อม และการวินิจฉัยแยกโรค (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการตรวจวินิจฉัยอาการสมองเสื่อม ขั้นตอนในการวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมนั้น ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมากก็สามารถอาศัยลักษณะอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ของการวินิจฉัย เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน ทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association : APA) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้

1. มีความบกพร่องของการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับสติปัญญา ความเฉลียวฉลาดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

1.1 ความบกพร่อง หรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือลืมสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต อาจจะลืมของที่สำคัญ เช่น กระเป๋าสตางค์ กุญแจ ลืมอาหารที่กำลังปรุงค้างไว้บนเตา ลืมเพื่อนบ้านที่ไม่ค่อยสนิทคุ้นเคย ในระยะต่อมาการสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นจนลืมอาชีพการงานของตน ลืมประวัติการศึกษา วันเกิด สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจจะลืมแม้กระทั่งชื่อของตนเอง

1.2 มีความผิดปกติในด้านปัญญาอย่างน้อย 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

1.2.1 มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา

1.2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

1.2.3 ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ

1.2.4 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น

2. เกณฑ์การแสดงในข้อ 1 จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ หรือการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำงานต่าง ๆ การดูแลด้านการเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น และความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากระดับเดิมอย่างชัดเจน

การตรวจหาสาเหตุของอาการสมองเสื่อม ขั้นตอนในการตรวจหาสาเหตุของการอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าทราบสาเหตุของอาการสมองเสื่อมก็อาจให้การรักษา และติดตามผลการรักษาไปได้เลย

1. การซักประวัติ เป็นเรื่องสำคัญที่สุด และถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมมากว่าหรือเท่ากับการตรวจร่างกาย โดยมีหัวข้อประวัติที่ควรซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค (ดังตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1

หัวข้อประวัติที่ควรซักควรเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	การแยกวินิจฉัยโรค
1. การรู้ตัวว่ามีความจำผิดปกติ	- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี - ผู้ป่วย Mind Cognitive Impairment (MCI) ส่วนใหญ่รู้ว่าความจำไม่ดี - ผู้ป่วย Preudodementia ส่วนใหญ่รู้ว่าความจำไม่ดีร่วมกับมี Depressive
2. อาการวุ่นวายสับสน	ถ้ามีอาการ Fluctuation เป็นกลุ่ม Delirium เช่น Meningitis, Encephalopathy เป็นต้น หรืออาจเกิดร่วมกับผู้ป่วย Dementia อยู่เดิมซึ่งต้องหาสาเหตุต่อไป
3. ระยะเวลาที่ผิดปกติ (Duration)	- ผู้ป่วยกลุ่ม Potentially Reversible Dementia ระยะเวลาที่เป็นมักจะไม่เกิน 6 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม Neurodegeneration ระยะเวลาที่เป็นนานกว่า 6 เดือน

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	การแยกวินิจฉัยโรค
4. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (Onset)	ถ้าเป็นทันทีหรือเร็ว นึกถึง Vascular , Dementia , Subdural Hematoma, Hydrocephslus เป็นต้น
5. ลักษณะการดำเนินโรค (Course)	- ถ้าการดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) นึกถึง Potentially Reversible Dementia - ถ้าการดำเนินโรคช้า (เดือนหรือปี) นึกถึง Neurodegenerative Disorders
6. ความผิดปกติ - ในหน้าที่และงานประจำ Instrumental) - กิจวัตรประจำวัน (Basic)	- การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติภารกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจ่ายเงิน - การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายจะเสียระยะหลังของโรค
7. ประวัติการใช้ยาและสารอื่น ๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ Dementia ได้ ซึ่งเป็น Potentially Reversible Type เช่น Transquilizers, Hypnotics, Sedatives เป็นต้น
8. ประวัติในครอบครัว	เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อมีอายุน้อยกว่า 55 ปี อาจเป็น Early Onset Alzheimer's Disease

(กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2546 : หน้า 8)

2. การตรวจร่างกายทั่วไป เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำทุกราย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบภาวะพื้นฐานของผู้สูงอายุ ก่อนหรือขณะที่กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ (ดังตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ

CBC พร้อมดู peripheral blood smear	เพื่อหา Hypersegmented Neutrophils และ Megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
BUN / Creatinine	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไต เพราะโรคไตวายเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
ALT (SGPT)	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
TSH	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนธัยรอยด์ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
Serum VDRL หรือ RPR	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
Fasting Plasma Glucose	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
Electrolyte	เพื่อตรวจหาภาวะโซเดียมในเลือดสูง หรือต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
CT scan หรือ MRI brain	เมื่อมีข้อบ่งชี้ หรือเพื่อตรวจหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้ เช่น Subdural Hematoma , Meningioma , NPH , Glioma

(กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2551 : หน้า 21-22)

การวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการคล้ายกลุ่มอาการสมองเสื่อม อาจมีภาวะความผิดปกติแตกต่างกันออกไป จำเป็นที่จะต้องแยกภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ เนื่องจากสาเหตุและการรักษาจะแตกต่างกัน

1. การหลงลืม (Amnesia) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องอย่างมากในความจำระยะสั้นและระยะยาว โดยมีข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่บ่งชี้ถึงพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของความจำเสื่อม แต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการที่แสดงถึงความบกพร่องในความคิดเชิง

นามธรรม การตัดสินใจและความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองส่วน Cortical และบุคลิกภาพจะไม่เปลี่ยนแปลง

2. อาการเพ้อสับสน (Delirium) เป็นภาวะสับสน โดยมีความตั้งใจ สนใจ ลดลงเนื้อหาความคิดผิดปกติ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้แปรปรวน เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอาการนอนไม่หลับ อาจไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำบกพร่อง ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นไว และอาการมักไม่คงที่ ระยะเวลาที่มีอาการจะสั้น ซึ่งต่างจากภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการจะเริ่มอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เสื่อมลง ส่วนความรู้สึกตัวจะยังคงปกติ

3. การสูงอายุปกติ (Normal Aging) ผู้สูงอายุทั่วไปอาจมีอาการหลงลืม และมีการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ช้าไปบ้าง แต่เมื่อติดตามจะไม่พบว่าอาการเหล่านี้เสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ และไม่พบอาการของการทำหน้าที่สมองชั้นสูงผิดปกติ นอกจากนี้อาการหลงลืมดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อสังคมและการงานของบุคคลผู้นั้น การทดสอบทางจิตวิทยา เช่น ทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination จะได้ผลคะแนนที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตามในบางครั้งเป็นการลำบากที่จะแยกระหว่างการสูงอายุปกติกับภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ดังนั้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามอาการต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการแสดงคล้ายกับอาการภาวะสมองเสื่อมเช่นความจำ สมาธิ การใช้สติปัญญาลดลงเนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความสนใจ ความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีความเปลี่ยนแปลงในการเบื่ออาหาร การนอน และมีอาการแสดงทางกายมากขึ้น เมื่อตรวจทางระบบประสาท จิตวิทยา จะได้ระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งจะคล้ายกับภาวะสมองเสื่อม จึงเรียกภาวะนี้ว่า “Pseudodementia” หรือ “The Dementia Syndrome Of Depression” และนอกจากนี้ พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย แนวทางในการแยกภาวะดังกล่าว คือ Pseudodementia จะมีระยะเวลาที่เริ่มเป็นชัดเจนกว่า การวินิจฉัยโรคเร็วกว่า ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์ คือ มีความเศร้าหมอง และอาจมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ภาวะซึมเศร้านี้จะตอบสนองด้วยยาต้านความซึมเศร้าค่อนข้างดี ดังนั้นหากทดลองให้ยาต้านความซึมเศร้าในผู้ป่วย pseudodementia แล้วอาการแสดงทางคลินิกของสมองเสื่อมจะดีขึ้น นอกจากนี้อาจใช้ depression scale ต่าง ๆ เช่น Geriatric Depression Scale มาใช้ในการแยกผู้ป่วย

5. โรคจิตเภท (Schizophrenia) ในผู้ป่วยเรื้อรังอาจพบความเสื่อมของสติปัญญาและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งจะไม่พบพยาธิสภาพในสมอง และโรคจิตเภทจะมีลักษณะของอาการทางจิตที่เฉพาะเจาะจง อายุที่เริ่มเป็นจะน้อยกว่าในภาวะสมองเสื่อม และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของการรับรู้จะไม่รุนแรงเท่าในภาวะสมองเสื่อม

6. อาการหลงผิด ประสาทหลอนและหวาดระแวง (Delusion Hallucination Paranoid) เป็นอาการโรคจิตที่พบได้ในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากโรคทางจิตเวชหรือเกิดจากการขาดสิ่งกระตุ้นจากความผิดปกติของประสาทสัมผัสเช่น ตามองไม่เห็นจากสาเหตุต่าง ๆ การได้ยินลดลง หรือการที่ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่โดยลำพังโดยไม่ได้สังคมกับผู้อื่น นอกจากนี้อาการทางโรคจิตยังอาจเกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2.3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในขั้นตอนแรก ควรคัดกรองดูว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ สำหรับวิธีการคัดกรองมีได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบประเมินเปรียบเทียบผลการทดสอบความจำและการรู้คิดเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง โดยแบบทดสอบที่นิยมใช้คือ Mini – Mental Status Examination (MMSE) , Clinical Dementia Rating (CDR) , Mini-Mental State Examination-Thai (MMSE-Thai) และ แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) พบว่า Activities of Daily Living (ADL) มีรายระเอียดดังนี้

1. แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination : MMSE) สร้างขึ้นโดย โฟสไตน์และคณะในปี ค.ศ. 1975 เป็นแบบคัดกรองในการตรวจหาความบกพร่องของสมองในการทำหน้าที่ทางปัญญา ในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ ด้านความจำ ด้านความสนใจ ตั้งใจและด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและด้านการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ประกอบด้วย 19 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ได้จุดตัดที่น้อยกว่า 24 คะแนน ซึ่ง โฟสไตน์และคณะ ได้นำแบบทดสอบ MMSE ไปทดลองใช้ พบว่า สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มผู้ป่วยเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางปัญญา และกลุ่มซึมเศร้าออกจากกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุบัน MMSE ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินผู้สูงอายุ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วางแผนการดูแลในแต่ละด้านที่บกพร่อง ตลอดจนติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกันได้ง่ายขึ้น การใช้จุดตัดของคะแนนจะใช้แตกต่างกันไปในแต่ละสถานที่การศึกษา เช่น ในประเทศแถบเอเชีย จะใช้จุดตัดที่ค่อนข้างต่ำ หรือใช้จุดตัดตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการศึกษา

MMSE สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมจากผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการสมองเสื่อมได้ ซึ่งในรายงานวิจัยต่าง ๆ มักจะใช้จุดตัดที่คะแนน 23 คะแนน เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ย และค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานของการวิจัยในประเทศได้ค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของโฟสไตน์มาก แต่ปัญหาที่พบ คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับอายุ สำหรับในประเทศไทย ได้มีการแปล MMSE พร้อมทั้งปรับและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย อย่างไรก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น การไม่รู้หนังสือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อคะแนน MMSE โดยเฉพาะในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสืออยู่เป็นจำนวนมาก แบบทดสอบ MMSE บางข้อจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการอ่านและเขียน ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาจะทำคะแนนในส่วนนี้ได้น้อย เช่น การทดสอบด้านภาษา ความใส่ใจ การระลึกได้ และการลอกรูปภาพ นอกจากนี้ ลักษณะสังคม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และอายุ อาจทำให้ความไวของแบบทดสอบลดลง

2. แบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (Clinical Dementia Rating ; CDR) สร้างขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 1982 โดย Hughes และคณะ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินในการช่วยวินิจฉัยและติดตามการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในภาพรวมของแบบทดสอบนี้จะครอบคลุมอาการสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual on Mental 3/rd ed.Revised) อภิญญา กังสนารักษ์ และ นัยพินิจ คชภักดี ได้แปลเป็นภาษาไทยเมื่อปี พ.ศ. 2534 ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ ความจำ การรับรู้เวลาและสถานที่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา เรื่องของสังคม บ้านและงานอดิเรก และการดูแลตนเอง โดยในแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอาการ 5 สเกล ตั้งแต่อาการปกติจนถึงกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ในการทดสอบจะใช้วิธีสัมภาษณ์พูดคุยทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิด ในเรื่องทั่วๆไป โดยผู้ทดสอบเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด หลังจากนั้นได้ศึกษาเพื่อทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) และแบบทดสอบสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) โดยได้ทดสอบกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า CDR ฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ และอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยได้ โดยใช้ CDR ช่วยวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับ MMSE เพื่อเป็นการยืนยันซึ่งกันและกัน

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai : MMSE-Thai) เป็นแบบทดสอบที่ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แปลมาจากต้นฉบับของ โฟสไตน์และคณะ โดยคงแก่นและความหมายของแบบทดสอบ Mini – Mental Status Examination (MMSE) ต้นฉบับภาษาอังกฤษไว้ แบบ One-to-One Matching โดยการเจาะลึกให้ถึงแก่นแท้ของคำถามแต่ละคำถามทั้ง 11 ข้อ คงความหมายดั้งเดิมของภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามนั้นไว้ ไม่มีการตัด การเติม การปรับเปลี่ยน

คำถามแต่ละคำถาม ใช้จุดตัดที่คะแนน 14 คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542)

4. แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) 10 ประการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา (Dependence) ดัชนีนี้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย ติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ADL มีความไวในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า MMSE หลายเท่า เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เพราะ ขณะที่มนุษย์มีชีวิต จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายที่ เดินไปมาและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็น คน สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในธุรกิจสังคม หรือกิจวัตร ประจำส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร ดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ ทุกเหตุการณ์หรือกิจกรรม ต้องใช้สมองเกี่ยวกับเรื่อง ความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการจะถูกกระตุ้นให้จำ ให้คิด ให้สั่งงานตลอดเวลา วันละหลายๆ ครั้ง Memory Circuits ในสมองทั้ง Main , Minor หรือ Satellite Circuits จะถูกทดสอบแล้วทดสอบอีก จนกว่าจะจบกิจวัตรประจำวัน

การนำ ADL ไปใช้ในการวินิจฉัย Dementia จำเป็นต้องทำให้ถูกหลักการและเป็นขั้นเป็นตอน สรุปได้ดังนี้

1. ต้องเก็บข้อมูล ADL ของผู้ป่วยที่สงสัยจะมีภาวะสมองเสื่อมให้ครบและสมบูรณ์ที่สุด ตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นปกติ ยังไม่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม และตลอดช่วงเวลาที่มีภาวะเสื่อม โดย

1.1 เก็บจากผู้ป่วย โดยตรง

1.2 เก็บจากญาติ ผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแล

1.3 จากประวัติการเจ็บป่วยหรือเวชระเบียน

2. เปรียบเทียบข้อมูล ADL เมื่อผู้ป่วยเป็นปกติกับช่วงที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม ถ้าได้ข้อสรุปใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ แสดงว่า ผู้ป่วยรายที่สงสัยนี้ "มีภาวะสมองเสื่อม"

2.1 ADL ของผู้ป่วยบกพร่อง / ผิดพลาด ชัดเจน

2.2 ความผิดพลาดใน ADL เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ชัดเจน

2.3 ผู้ป่วยไม่รู้ ว่ามีความผิดพลาดใน ADL เหล่านั้น (แต่ญาติรู้และว่าข้อบกพร่องนั้นหนักขึ้น มากขึ้นเรื่อย ๆ)

แต่ถ้าป่วยรู้และยอมรับว่ามีข้อผิดพลาดใน ADL ของตัวเอง และกำลังดำเนินการปรับปรุงแก้ไข การแก้ไขถูกบ้าง ถ้าเป็นกรณีนี้อาจเข้าข่าย "สงสัยสมองเสื่อม"

ในตำรา โรคสมองเสื่อมอาจแบ่ง ADL ออกเป็น 2 ชนิด คือ Instrumental ADL (iADL) กับ Basic ADL (bADL)

bADL เป็นเรื่องของ Personal Care เช่นอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหา iADL เป็นกิจการในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การรับประทานยาการปรุงอาหาร iADL จะเสียไปก่อนในระยะต้น ๆ ของ Dementia ส่วน bADL จะเสียไปในระยะท้าย ๆ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2551)

2.3.6 การรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อม

การรักษาผู้มีโรคสมองเสื่อมมีหลักการใหญ่ ๆ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542)

การรักษาจำเพาะ (Specific Treatment) ในภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคทางกาย โรคอื่นๆ หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดสมองเสื่อมนั้นสามารถรักษาให้หายได้ หรือหยุดยั้งไม่ให้โรคเป็นมากขึ้นได้โดยการรักษาสาเหตุดังกล่าว

การรักษาตามอาการ (Symptomatic Treatment) เป็นหัวใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะใน Primary Dementia การรักษานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งจากผู้ป่วยเอง ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองโดยทั่วไป ทำให้การติดต่อกับผู้อื่นลำบาก หรืออาจติดต่อไม่ได้เลย การรักษาตามอาการจึงจำเป็นต้องพยายามหาข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเองให้ได้มากที่สุด และด้วยความพยายามและใจเย็น นอกจากนี้ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเองจะช่วยให้ทราบได้ถึงความต้องการและความผิดปกติของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อาจใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การใช้ยารักษาภาวะสมองเสื่อม (Pharmacological Therapy) ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีความพยายามนำยาต่าง ๆ มารักษาอาการสมองเสื่อม โดยมีแนวทางเพื่อมุ่งที่จะรักษาตามกลไกการเปลี่ยนแปลงที่พบในอาการของสมองเสื่อม ซึ่งการรักษายังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร และไม่อาจสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากไม่ทราบกลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่แน่นอน ดังนั้นยาที่ใช้ส่วนใหญ่จึงมุ่งที่จะรักษาตามสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในการใช้ยาต่าง ๆ จำเป็นจะต้องเพิ่มระดับยาช้า ๆ จนกระทั่งควบคุมอาการต่าง ๆ ได้ และใช้ยาต่อไปเรื่อย ๆ ดังนั้นจึงต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาอยู่เสมอ ซึ่งยาเหล่านี้มีมากมายหลายตัว อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆได้ดังนี้

1.1 Cholinesterase Inhibitors เป็นยาที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยทำให้ Cognitive Function อาการด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้น แต่มีราคาแพงจึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำลาย Acetylcholine ในสมอง ที่ช่วยการติดต่อประสานงานของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านความจำ

1.2 Antioxidants ได้แก่ Selegiline 10 มก.ต่อวัน และ Natural Vitamin E 2000 IU.ต่อวัน ให้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ซึ่งมีผลทำให้อัตราการดำเนินโรคช้ากว่า สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะรุนแรงน้อยกว่า มีอัตราตายน้อยกว่า ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพเพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม ยังไม่มีงานวิจัยสรุปว่ามีผลช่วยป้องกัน

1.3 Ginkgo-Biloba Extracts สารสกัดจากใบแปะก๊วยในรูปแบบที่เป็นยา มีสารสำคัญอยู่ในรูปแบบของสารสกัดที่ชื่อว่า EGb 761 เป็น Standardized Compound ที่ประกอบด้วยสารสำคัญ คือ Flavonoids ร้อยละ 24 Proantocyanidins ร้อยละ 7 Terpenoids ร้อยละ 60 และมีปริมาณของ Ginkgolic Acid ซึ่งเป็นสารมีฤทธิ์ก่อมะเร็งต้องให้ไม่เกิน 5 ppm โดยใช้ EGb 761 ขนาด 120 มก. ต่อวัน (40 มก. วันละ 3 ครั้ง) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเวลานาน 6 เดือน สามารถช่วยชะลอการดำเนินโรคไม่ให้เลวลงได้

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2551)

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ ซึ่งเป็น Dynamic Process และเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

ก่อนที่จะทำการรักษาโดยไม่ใช้ยา ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการรักษา แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ เช่น ผ่าตัดต้อกระจก ใช้เครื่องช่วยฟังเสียง รวมทั้งโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งต้องสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับ เรื่องขีดจำกัดและความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การฝึก การสอนผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนสำคัญและจำเป็นของขบวนการรักษาแบบนี้ด้วย

รูปแบบการรักษา การรักษาจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย และไม่เลือกใช้วิธีการที่ 1-3 ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง

2.1 การรักษาที่เน้นการรู้คิด (Cognition-Oriented)

Cognitive Training : Reality Orientation เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น อาจทำได้เป็นหลายรูปแบบ โดยใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน ช่วยกระตุ้นผู้ป่วย เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล ผู้รักษาอาจใช้วิธีการรักษาเป็นกลุ่ม หรือตัวต่อตัว ญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง จากการศึกษาของสเปกเตอร์และคณะ (Spector and Others. 2000) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation)ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งทางด้านการรู้คิดและพฤติกรรม จากการศึกษาของซาเน็ตตี้และคณะ (Zanetti and Others. 2002) พบว่า โปรแกรมการรับรู้ความเป็นจริงทำให้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive Functioning) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น

Memory Training เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำ และ Cognition อื่น ๆ ให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มักใช้ได้ผลในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยินและสายตาดีข้อควรระวัง การฝึกมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น พึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น อาจทำให้ซึมเศร้าได้

Skill Training เพื่อรักษาทักษะที่จำเป็นให้คงอยู่ โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่ง่าย ๆ

2.2 การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion-Oriented)

Reminiscence Therapy เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบจัดทำเป็นกลุ่ม ควรจะมีญาติร่วมด้วย ใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย นำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น วิธีการอื่น ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) ใช้เทคนิคหลาย ๆ อย่างเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Validation Therapy) ผสมผสานการรับรู้เพื่อให้มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่น (Sensory Integration) รูปแบบการรักษา 3 ชนิดหลังยังมีข้อมูลสนับสนุนน้อย

2.3 การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation -Oriented) การรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (Recreation Therapy) เช่น การเล่นเกมส์ การทำงานฝีมือ และศิลปะบำบัด (Art Therapy) เช่น ดนตรี เต้นรำ วาดรูป จากการศึกษาข้อมูลทางคลินิกพบว่า วิธีการรักษาเหล่านี้ช่วยทำให้การรู้คิด (Cognition) บทบาทหน้าที่และอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น และจากการศึกษาของคาแนปและคณะ

(Knapp and Others. 2006) พบว่าการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดมีประโยชน์ต่อการรับรู้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4 การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และ เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือตัวกระตุ้น เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบของมัน เช่น การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เป็นต้น การรักษาวิธีนี้ ทำให้พฤติกรรมและทักษะที่หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน ปัสสาวะราด เป็นต้น

2.5 การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregivers - Oriented) การรักษาที่ให้แก่ผู้ดูแลเช่นการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง(Supportive Psychotherapy) การทำกลุ่มศึกษา (Group Psychoeducation) ให้กำลังใจ (Emotional Support) และให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาล (Respite Care) การช่วยเหลือและดูแลผู้ดูแลมีผลต่อผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ควรมีการฟื้นฟูสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งนอกจากจะช่วยในส่วนของความเสื่อมจากภาวะชราภาพแล้ว อาจช่วยให้ความพิการจากภาวะสมองเสื่อมลดน้อยลง หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลง เช่น การป้องกันโรคทางกายอื่น ๆ เพราะผู้สูงอายุมักไวต่อการเกิดโรคซึ่งจะทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลงได้ เช่น โรคติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดอาหาร เบาหวาน และโรคทางต่อมไร้ท่อ โรคเหล่านี้ในผู้สูงอายุอาจมีอาการชัดเจนหรือผู้สูงอายุสมองเสื่อมเองก็อาจจะไม่สามารถบอกอาการได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม หรืออาการทางกายอื่น ๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องตรวจหาโรคทางกายภาพและสาเหตุชักนำต่าง ๆ เสมอ นอกจากนี้ควรระวังอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 58.4 ต่อปี และการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2.3.7 การพยากรณ์โรค

ในการพยากรณ์โรคของภาวะสมองเสื่อมนั้น ขึ้นอยู่กับการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เป็น ถ้าสามารถค้นหาได้ และสาเหตุนั้นเป็นสาเหตุที่รักษาได้ การพยากรณ์โรคก็จะดี ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็ว เพื่อรักษา ป้องกันการดำเนินของโรค และอาจหยุดยั้งสมองเสื่อมไม่ให้เลวลง หรือทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5-15 ที่ฟื้นหาย

ได้ แต่ถ้าหากภาวะสมองเสื่อมมาจากเหตุโรคอัลไซเมอร์ อาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในการให้ยารักษามักจะเน้นการรักษาตามสภาพอาการ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและการยอมรับของญาติ จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนอย่างมากในการพยากรณ์โรคในระยะยาว สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเสียชีวิต มักเกิดจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การขาดน้ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่แผลกดทับ ตลอดจนการเกิดอุบัติเหตุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในทางเสื่อมลง พยาบาลจึงควรจัด หรือให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคง การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality Orientation) การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การคงสภาพสมดุลของผู้สูงอายุ ระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคม และการสื่อสาร รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้นานที่สุด (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. 2542) ดังนี้

2.4.1 จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะกับผู้สูงอายุ (Safe and Secure Environment)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงมาก จึงควรจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ปลอดภัย ดังนี้

1. เก็บของที่เป็นอันตรายใส่กุญแจหรือไว้บนที่สูงที่ผู้ป่วยหยิบไม่ได้
2. เครื่องแต่งบ้านต้องเรียบง่าย น้อยชิ้น และไม่ย้ายที่
3. ใช้สีสดใส ชัดเจน ในส่วนของพื้นต่างระดับ บันได ประตู ที่นั่งขับถ่าย
4. ส่วนที่เป็นทางเดิน ติดแถบสีเรืองแสง ไม่มีของกีดขวาง
5. มีราวเกาะตามทางเดิน
6. พื้นไม่ลื่นและไม่มันวาว
7. ประตูและหน้าต่างที่ไม่มีส่วนประกอบของกระจกเพราะอาจแตก และเกิดอันตราย
8. ติดไฟให้เหมาะกับกิจกรรม ไม่จ้าเกินไป
9. แขวนกระดิ่งไว้ที่ประตู เพื่อผู้ดูแลจะได้ทราบเมื่อผู้ป่วยเปิดประตูออกจากบ้าน

10. ประตูห้องต่าง ๆ มีภาพเฉพาะแสดงลักษณะห้อง : ห้องอาหาร ห้องน้ำ

11. ห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป

12. ประตูหน้าบ้านต้องปิดสนิท

13. จัดบริเวณบ้านให้ปลอดภัยสำหรับนั่งหรือเดิน

2.4.2 ให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality Orientation) ให้มากที่สุด

ผู้ดูแลควรฝึกผู้สูงอายุให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารหรือยัง รู้สภาพอากาศ อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงอดีตเพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุดโดย

1. ติดนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน

2. ติดปฏิทินแสดง วัน เดือน ปี

3. ติดกระดานแสดง วัน วันที่ เดือน ปี : ลักษณะอากาศ : กิจกรรมนันทนาการ

4. หน้าห้องผู้ป่วย ให้เขียนชื่อผู้สูงอายุด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่พร้อมติดรูปผู้สูงอายุ

5. เขียนชื่อผู้ป่วยที่ของใช้ประจำตัว

6. แขวนป้ายชื่อบุตร คนในครอบครัว ในห้องผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นความจำ

7. มีแฟ้มแสดงรูปพร้อมชื่อของญาติ เพื่อน หรือสถานที่ผู้สูงอายุสนใจ นำมาพูดคุยกับผู้สูงอายุ

8. มีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ระบุโรค ชื่อ ที่อยู่ และโทรศัพท์ของผู้สูงอายุ เผื่อกรณีพลัดหลง

9. พูดคุยกับผู้สูงอายุเรื่องประสบการณ์ในอดีตที่ผู้สูงอายุสนใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เงิน สภาพดินฟ้าอากาศ เป็นต้น

10. นำเพลงในอดีตมาเปิดให้ฟังหรือชวนร้องเพลงเก่า ๆ ที่ผู้สูงอายุชอบ

11. อ่านหนังสือที่ผู้สูงอายุสนใจให้ฟัง

2.4.3 แก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

จากการศึกษา พบว่า พยาธิสภาพทางจิต จะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความบกพร่อง ด้านสติปัญญา ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ขั้นไม่รุนแรงร้อยละ 52 มีปัญหาทางจิตเวช 1 ปัญหา และผู้ป่วยอีกร้อยละ 32 มีปัญหา 2 ปัญหาหรือมากกว่า ในกลุ่มผู้ป่วยขั้นรุนแรงอย่างน้อยร้อยละ 80 มีปัญหาด้านจิตเวช 1 ปัญหา และมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหา 2 ปัญหาหรือมากกว่า ส่วนอาการโรคจิตจะพบประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Wragg & Jeste. 1989 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์.

2547) ซึ่งในกลุ่มสมองเสื่อมจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองจะไม่ค่อยพบอาการโรคจิต อาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่จะพบได้มีดังนี้

2.4.3.1 อาการตื่นเต้น วุ่นวาย (Agitation) เป็นอาการที่พบได้มากถึงร้อยละ 85 (Jeste & Krull. 1991 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. 2547) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีเหตุเสริมจากความอ่อนเพลีย ได้รับการกระตุ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจมากเกินไป ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการ รู้สึกไม่มีคนช่วย วิตกกังวล หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดไป โกรธแสดงออกในลักษณะก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น กระสับกระส่าย บ่น จู้จี้ ทำซ้ำซาก เดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น ถอนหายใจ ร้องคราง ร้องไห้ เป็นต้น ผู้ดูแลควรปรับสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย ลดสิ่งกระตุ้น ประเมินว่าอะไรเป็นสิ่งกระตุ้น พยายามเบี่ยงเบน ไม่แสดงอาการต่อต้าน พาออกไปจากสถานการณ์นั้น ผู้ดูแลที่มีท่าทีสงบ ใช้น้ำเสียงนุ่ม เบา สัมผัสและให้ความมั่นใจ

2.4.3.2 ความรู้สึกผิดปกติ สับสนหรือเห็นภาพหลอนในเวลาโพล้เพล้หรือกลางคืน (Sundowning) เป็นปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเหนื่อยมาทั้งวัน และความสามารถในการปรับต่อความเครียดลดลงในช่วงเวลาเย็น เพราะแสงสว่างลดลง การมองเห็นไม่ชัดเจน เสริมจากที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็นอยู่แล้ว จึงทำให้สับสนมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น วุ่นวาย ก้าวร้าว บีบมือกันแน่น อาจเดินหลงออกไปนอกสถานที่ แก้ไขโดยจัดกิจกรรมในช่วงเช้า เพื่อให้พักผ่อนมากขึ้นในช่วงเย็น ลดสิ่งกระตุ้น จัดกิจกรรมที่ช่วยให้สบายและสงบ เช่น การฟังเพลง ผู้ดูแลเฝ้าอยู่ด้วยในช่วงเย็น เปิดไฟก่อนมืด และเพิ่มแสงสว่างมากขึ้น รวมทั้งใช้ไฟกลางคืนขณะนอน

2.4.3.3 เดินออกจากบ้านและหลงทาง (Wandering) เชื่อว่าอาจเป็นผลจากความรู้สึกอึดอัดไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกเร่าร้อนเมื่อไม่ทราบว่าห้องน้ำอยู่ที่ใด ต้องการหาใครบางคน การถูกเร้ามาเกินไป วิตกกังวล เบื่อหน่าย รู้สึกกลัว และพยายามหนีหรือจะไปทำงาน อาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมนี้ ผู้ดูแลควรปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เฝ้าดูแลใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการผูกยึด ทำป้ายติดตัวผู้ป่วย ระบุชื่อ ที่อยู่ และโรคของผู้ป่วย แจ้งให้เพื่อนบ้านหรือตำรวจทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สังเกตสาเหตุที่เป็นเหตุนำและหาวิธีช่วยเหลือ จัดให้ทำกิจกรรมและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ขณะไปพบเมื่อเดินหลงทาง ควรเบี่ยงเบน และพากลับด้วยท่าทีสุขุม นุ่มนวล ไม่บังคับ

2.4.3.4 หวาดระแวง / ซ่อนของ ขโมยของ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียความจำมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่มั่นใจในตัวเอง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ซ่อนของตัวเองหรือหยิบของผู้อื่นมาซ่อน สะพายกระเป๋าซึ่งบรรจุของที่ชอบจำนวนมาก สะสมของต่าง ๆ เช่น กล่องหรือหนังสือพิมพ์ หยิบของจากที่หนึ่งไปซ่อนที่หนึ่ง กล่าวหาว่าคนในบ้านขโมยเงินของตน หรือขอเงินจากคนในบ้าน เมื่อผู้ป่วยถูกถามถึงของที่หายไปจะรู้สึกโกรธ เกลียดโต้เถียง ไม่ยอม

บอกที่ซ่อน และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมที่ซ่อนของ มีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ กลัว และวิตกกังวล ผู้ดูแลจึงควรเก็บสิ่งของที่สำคัญให้มิดชิด ไม่ให้ผู้ป่วยหยิบเองได้ หลีกเลี่ยงการอธิบายเหตุผลที่โต้เถียง ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย ควรมีของสำรอง เช่น กุญแจ แว่นตา รวมทั้งได้สำรวจของในถังขยะที่ผู้ป่วยมักทิ้งของลงไป

2.4.3.5 แสดงพฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ได้แก่ ร้องเสียงดัง ทิ้งอาหาร ขว้างของ แสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่น เปลือย หรือสำเร็จความใคร่ (Masturbation) ในที่สาธารณะ การใช้คำพูดหรือการลวนลามทางเพศ ส่วนใหญ่จะเกิดในระยะท้ายของโรค การแสดงพฤติกรรมทางเพศนี้ บางครั้งอาจไม่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้ป่วยอาจต้องการเข้าห้องน้ำ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ อาจเกิดจากผู้ป่วไม่ได้สิ่งที่ต้องการ วิตกกังวล ปวด หิว ปวดถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ผู้ดูแลจึงต้องหาสาเหตุที่แท้จริง แสดงให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยยังรับรู้ได้ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องส่วนตัวหรือแยกห่างจากคนอื่น ๆ เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ๆ ผู้ดูแลมีท่าทีสงบ เลี่ยงการผูกยึด พยายามเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวผู้ป่วย เช่น ให้คำชมเชย ช่วยแต่งหน้าทำผม ให้ดูสวยงามขึ้น

2.4.3.6 อาการติดผู้ดูแล (Shadowing) เป็นพฤติกรรม การติดผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลมาก จะถามคำถามซ้ำ ๆ หรือ ทำกิจกรรม / เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ตลอดเวลา เนื่องจากเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดตัดสินใจเองแม้แต่เรื่องง่าย ๆ

2.4.3.7 อาการจิตประสาทหลอน (Hallucination) ทางการมองเห็นและการได้ยิน ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดของการมองเห็น เป็นลักษณะไม่ซับซ้อน เช่น เห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลจากยา ไข้ การติดเชื้อ ผู้ดูแลควรแสดงการปกป้องดูแลให้ความมั่นใจ เพื่อให้สงบลง ไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล เพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจ

2.4.3.8 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิดจะไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท การดูแลขึ้นกับระยะของโรค ระยะแรกของโรค ควรจะบอกสิ่งที่เป็นจริงกับผู้ป่วย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นควรคล้อยตาม และพยายามแก้ไขพฤติกรรมที่ก่อความรำคาญ

2.4.3.9 พฤติกรรมต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจกรรมทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือยา ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการอธิบายหรือให้เหตุผล และปรับวิธีการดูแล เช่น ถ้าผู้ป่วยกลัวฝักบัว ให้ใช้วิธีตักอาบแทนอาบจากฝักบัว

2.4.3.10 พฤติกรรมการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและไม่นอน สิ่งที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแล คือผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวาย หรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ จากผลการวิจัยในผู้ป่วยสมองเสื่อมและแก้ปัญหานี้ได้ โดยงดคาเฟอีนในเครื่องดื่ม ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ลดสิ่งกระตุ้นก่อนนอน และลดแสงไฟในขณะนอนหลับ (Davies. 1999 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. 2547)

2.4.3.11 พฤติกรรมการกินผิดปกติ มักพบในระยะโรครุนแรง ในลักษณะรับประทานไม่หยุด ผู้ป่วยจะร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานได้มากกว่าปกติ (Hyperorality) หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะปรับตัวต่อสิ่งใหม่ ๆ ยาก จะกลัว เก็บกด ไม่มั่นใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย จึงต้องจัดสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมให้มีการผ่อนปรน และปรับเปลี่ยนตลอดเวลา (Flexibility & Adaptability) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายโดยพยาบาลและผู้ดูแล จำเป็นต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจว่าผู้ป่วยยังมีความเป็นตัวเอง ซึ่งส่วนนี้ขึ้นกับระยะของโรคบางครั้งผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้ โดยผู้ดูแลต้องบอกข้อมูลหรือทางเลือกวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีความปลอดภัยและไม่ต้องปรับตัวเองมาก สามารถกระทำโดย

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย สงบและปลอดภัย
2. ลดสิ่งกระตุ้น เช่นการดูรายการโทรทัศน์ที่ไม่เหมาะสม อาจต้องเลือกรายการที่ไม่เร้าความรู้สึกมากเกินไป ให้ฟังเพลงเบา ๆ สบาย ๆ
3. มีผู้ดูแลประจำ
4. ผู้ดูแลควรมีความอดทน ท่าทีสงบ ใช้น้ำเสียงนุ่ม สุภาพ สัมผัส หรือจับมือแสดงการปกป้องดูแล ให้ความมั่นใจ เบี่ยงเบนความสนใจขณะเกิดพฤติกรรมผิดปกติ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ไม่ใส่ใจกับพฤติกรรมที่ผิดปกติถ้าไม่เกิดอันตราย
5. สังเกตพฤติกรรมที่เป็นเหตุนำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ และหาวิธีช่วยเหลือป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ
6. ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย
7. หลีกเลี่ยงการผูกยึด (Restraint)
8. มีตารางกิจกรรมประจำในช่วงเช้าถ้าจะเปลี่ยนควรแจ้งล่วงหน้า
9. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมช้า ๆ ซ้ำ ๆ ไม่เร่งรีบบอกทีละอย่างง่าย ๆ และควรชมเชยบ้าง
10. เก็บสิ่งของที่สำคัญให้มิดชิดไม่ให้ผู้ป่วยหยิบเองได้

2.4.4 ดงสภาพสมดุลของผู้ป่วย ระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคม และการสื่อสาร

ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามความสามารถ และความสนใจของผู้ป่วยมีกำหนดเวลาแน่นอน ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมั่นคงปลอดภัย กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1. การทำงานฝีมือ เช่น ถัก เย็บ ปั้น งานไม้
2. การทำงานศิลปะ เช่น วาดภาพ
3. ดูโทรทัศน์ ต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จะได้ข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งบันดาลใจให้ได้พูดคุยเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ
4. เดินเล่น
5. การออกกำลังกาย
6. การเล่นเกมส์ เลือกเกมส์ที่ง่าย ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย ให้ความเพลิดเพลิน อาจเป็นเกมส์ของเด็ก ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความอดทนไม่คาดหวังผลสำเร็จ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจและไม่แสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ดูแลเห็นว่าเขาทำตัวเป็นเด็ก จนรู้สึกเสียศักดิ์ศรี
7. การเล่นหรือฟังดนตรี เต้นรำ ร้องเพลง
8. การช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน โดยสื่อต่าง ๆ
9. การพาออกนอกสถานที่ เช่น เดินเล่น จ่ายของ เที่ยวสวนสาธารณะ ผู้ดูแลต้องเลือกสถานที่ที่ไม่วุ่นวาย บรรยากาศสบาย ควรเป็นที่ที่เคยไป และต้องมั่นใจว่าจะควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ต้องระวังการพลัดหลงเป็นพิเศษ ควรมีบัตรประจำตัวผู้ป่วย ระบุโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยและสถานที่ติดต่อนำส่งไว้ในตัวผู้ป่วย
10. ให้สวดมนต์หรือร้องเพลงเกี่ยวกับศาสนาในผู้ป่วยที่ศรัทธาในทางศาสนา

เนื่องจากการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะเป็นปัญหาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการสับสนหรือสื่อภาษาลำบาก ผู้ดูแลควรเข้าใจและใช้วิธีการต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. สนใจ ตั้งใจฟัง สบตาผู้ป่วย
2. สังเกตการณ์เคลื่อนไหวของผู้ป่วย
3. พยายามประเมินสภาพอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการทางกาย จากคำพูดของผู้ป่วย
4. พยายามเรียกความสนใจจากผู้ป่วย ก่อนจะเริ่มพูด
5. ผู้ดูแลควรมีท่าทางสุขุม ยิ้ม เข้าหาอย่างสุภาพ ช้า ๆ อาจร่วมกับการสัมผัส
6. ใช้น้ำเสียงสุภาพ นุ่ม น้ำเสียงต่ำ

7. เรียกชื่อที่ผู้ป่วยชอบให้เรียก

8. ใช้คำพูดสั้นและง่าย พูดช้า พูดสิ่งที่เป็นรูปธรรม ถามหรือสั่งครั้งละหนึ่งเรื่อง

9. อาจใช้สื่อต่าง ๆ : รูป ท่าทาง บัตรคำ

10. แสดงการยอมรับ ให้กำลังใจ ให้มีส่วนร่วมในปฏิสัมพันธ์ ไม่ปิดกั้น ให้เวลาในการรับฟัง ไม่โต้เถียงกับผู้ป่วย

11. พูดซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยบอก เพื่อยืนยันความถูกต้อง

12. ลดเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

2.4.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้นานที่สุด

เพื่อรักษาความมีคุณค่าของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จนถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้น และแนะนำผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบเดิม พูดช้า ๆ ใช้คำพูดง่าย ๆ พูดซ้ำ ให้เวลผู้ป่วยที่จะทำตามผู้ดูแล และพยายามควบคุมอารมณ์ให้สงบ ช่วยเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำไม่ได้และให้คำชมเชยเมื่อทำสำเร็จ โดยต้องมีการปรับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ดังตัวอย่างปัญหาต่อไปนี้คือ (Roosevelt. 1995 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุนนภิรักษ์. 2547)

ปัญหาความจำเสื่อม ช่วยโดยกระตุ้นการรับรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองให้มากที่สุด ดังนี้

1. ติดนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่
2. ปฏิทินแสดงวัน วันที่ เดือน ปี และสิ่งที่นัดหมาย
3. จดบันทึกเตือนความจำในสิ่งที่มักจะลืม ในบริเวณที่จะมองเห็นได้ชัดเจน
4. เขียนรายละเอียดของวิธีการใช้สำหรับของใช้ประจำ
5. มีกระดานแสดงตารางกิจกรรมประจำวัน
6. มีบริเวณเฉพาะสำหรับเก็บกุญแจหรือแว่นตา
7. เขียนเตือนข้อระวังต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัย
8. เขียนบอกวิธีการที่จะค้นหาสิ่งสำคัญต่าง ๆ

การรับประทานอาหารลำบาก สามารถให้การช่วยเหลือได้ โดย

1. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สนใจกับการรับประทานอาหาร
3. ใช้ภาชนะอาหารที่ไม่แตก ภาชนะแต่ละชนิดแยกสีชัดเจน
4. ให้อาหารเหลวหรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ใส่ชามรวมกัน หรือเสริฟอาหารทีละอย่าง (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง)

5. เลือกอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ชนิดที่ผู้สูงอายุชอบ อาหารไม่ควรร้อนจัด

6. เตือนให้เคี้ยวและกลืน (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง)

7. จัดให้รับประทานอาหารในสถานที่เดิมและเวลาที่แน่นอน

8. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร

9. ถ้าผู้สูงอายุยังไม่อยากรับประทานควรนำไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ก่อน

10. ไม่ตำหนิพฤติกรรมการรับประทาน

11. ควรเพิ่มอาหารว่าง ถ้าได้รับอาหารในแต่ละมื้อไม่เพียงพอ

ปัญหาการดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้การช่วยเหลือได้ โดย

1. จัดให้อาบน้ำตรงตามเวลาทุกวัน

2. แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายด้วยวิธีการที่เหมาะสม

3. เลือกใช้สบู่อ่อน ไม่ระคายเคืองผิวหนัง

4. จัดหาเครื่องนุ่งห่มที่สวมใส่ง่าย

5. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัย

ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ให้การช่วยเหลือได้ โดย

1. ติดสัญลักษณ์ขนาดใหญ่แสดงว่าเป็นห้องน้ำที่ประตูห้องน้ำ หรือเปิดประตูห้องน้ำไว้

2. จัดตารางสำหรับการขับถ่าย เช่น เตือนหรือพาไปห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือพยายามสังเกตเวลาขับถ่ายของผู้สูงอายุ และพาไปห้องน้ำตามเวลานั้น

3. นุ่งห่มเสื้อผ้าที่ถอดออกได้ง่าย

4. สอนวิธีการใช้ห้องน้ำ

5. จัดห้องนอนให้อยู่ใกล้กับห้องน้ำ

6. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา

7. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนนอน

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนครอบคลุม ตั้งแต่การประเมินการเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การรักษาบำบัดด้วยยาและไม่ใช่ยา การดูแลไม่เพียงเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ยังต้องรวมไปถึงครอบครัว ชุมชน ต่าง ๆ อีกด้วย (สมจิต หนุเจริญกุล. 2543) บทบาทของ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนั้น จะต้องมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองให้ได้มากที่สุด ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆอันมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้

1. บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในเบื้องต้นด้วยการนำความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยแยกโรค เพื่อสามารถวางแผนในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ความรู้นี้ สามารถทำได้โดยการให้ความรู้ในเรื่องภาวะสมองเสื่อม การดูแลและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ผิดปกติ เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมากขึ้นและมีความรู้ในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมผิดปกติ ต่างๆ และช่วยจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. บทบาทเป็นที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องใช้ทักษะและความสามารถในการให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแลสอบถามอยู่เสมอเพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้และสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม สำหรับบทบาทการให้คำปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพนั้นก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เมื่อมีสมาชิกในทีมเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนก็จะต้องมีทักษะในการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเพื่อช่วยให้แก้ปัญหานั้น ๆ ให้ผ่านไปได้

4. บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการค้นคว้าองค์ความรู้ที่เกิดใหม่นำหลักฐานความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อชะลอการดำเนินของโรค และช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นผู้นำในการคิดค้นพัฒนางานที่ทำอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วยการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เป็นแนวทางแก่บุคคลากรในหน่วยงานได้มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานไปในทางเดียวกัน

5. บทบาทการประสานความร่วมมือ (Collaborstion) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำบทบาทการประสานความร่วมมือมาใช้ได้เป็นอย่างดีโดยการดึงความร่วมมือและความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงานในองค์กร และญาติหรือผู้ดูแลมาร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพจะต้องมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานขององค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ มีผู้นำเสนอรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลายรูปแบบ ผู้ศึกษาได้ทบทวนรูปแบบต่าง ๆ และขอเสนอขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบดังนี้

1. รูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา

รูปแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) มีขั้นตอนหลักอยู่ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-Trigger Phase: เป็นขั้นตอนในการระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาทางคลินิก โดยตัวกระตุ้นอาจเกิดจาก 2 ทาง คือ

1. Practice Trigger: ตัวกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาในการปฏิบัติงาน

2. Knowledge Trigger: ตัวกระตุ้นที่อาจเกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นมาใหม่หรือความก้าวหน้าทางเทคนิคในการปฏิบัติการหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ได้จากศึกษางานวิจัยหรือการค้นคว้าจากตำราใหม่ ๆ

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ คือ ประเด็นปัญหาที่ชัดเจน จากตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานหรือองค์ความรู้ใหม่

ขั้นตอนที่ 2 Evidence-Supported Phase: เป็นขั้นตอนในการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง เช่น

รายงานการวิจัยรูปแบบต่าง ๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์การที่เป็นที่ยอมรับ แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ รายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทบทวนมีหลายเครื่องมือ ได้แก่

1. เครื่องมือประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย (Critique Tool) ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำการวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การวัดผลลัพธ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัย สรุป คะแนนการประเมิน และข้อจำกัด

2. ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Database) ได้แก่ MEDLINE, CINAHL, Cochrane Libraly เป็นต้น

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ คือ หลักฐาน/งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ การสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมดมาสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-Observed Phase: เป็นขั้นตอนที่นำเสนอโครงการลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้

ผลลัพธ์ในระยะนี้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 Evidence-Based Phase: เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence-Supported Phase และ Evidence-Observed Phase คำถาม คือ โครงการที่นำเสนอประสบความสำเร็จ โดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และมาจากหลักฐานอะไร

ผลของระยะนี้ คือ การประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และผลลัพธ์ของขั้นตอนสุดท้ายของขั้นตอนนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอในการประชุมระดับชาติ หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาชีพ

2. รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยสเต็ทเลอร์

รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยสเต็ทเลอร์ (Stetler. 2001 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) เป็นรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่จาก ปี ค.ศ. 1994 ซึ่งในปี ค.ศ. 1994 เป็นข้อมูลที่มาจากงานวิจัยอย่างเดียว สำหรับในปี ค.ศ. 2001 ได้มีการนำรูปแบบอื่นๆ ของหลักฐานเชิงประจักษ์นอกเหนือจากงานวิจัย ได้แก่ ข้อมูลที่มาจากทฤษฎี และประสบการณ์ของบุคคล นำมาบูรณาการร่วมกับผลงานวิจัยด้วย ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ เน้นให้ผู้ดำเนินการใช้ผลงานวิจัยอย่างเป็นกระบวนการ คิดวิเคราะห์ ใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบ และต้องคำนึงถึง ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการ เช่นการเรียงลำดับเป้าหมายขององค์กร ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อส่วนบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ตรวจสอบ เน้นการวิเคราะห์ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่สืบค้นได้ รวมถึงหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้นได้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินเปรียบเทียบและตัดสินใจ เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับการสังเคราะห์ผลงานวิจัย และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ และตัดสินใจว่าใช้ผลงานชิ้นนั้น ๆ หรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นถ่ายทอดและดำเนินการ เป็นขั้นตอนการดำเนินการของงานวิจัยที่สังเคราะห์แล้วหรือข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่สังเคราะห์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นประเมินผล เป็นขั้นตอนที่เน้นการประเมินผลโดยกำหนดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และแยกระหว่างการประเมินอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยไอโอวา (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care)

รูปแบบนี้พัฒนาโดยทิตเลอร์และคณะในปี 1994 และมีการพัฒนาเปลี่ยนชื่อใน ปี ค.ศ. 2001 เป็น The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care (Polit & Beck. 2004 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. พิจารณาปัญหาที่ต้องการพัฒนาซึ่งอาจจะมาจากตัวกระตุ้น 2 ทาง ได้แก่ Problem-Focused Trigger และ Knowledge-Focused Trigger

2. พิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงใช่หรือไม่ ถ้าใช่ จะจัดตั้งทีมเพื่อดำเนินการโครงการ ถ้าไม่ใช่จะค้นหาปัญหาจากตัวกระตุ้นอื่นต่อไป

3. รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอื่นๆ จากการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรมทำการวิเคราะห์ ประเมิน และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ

4. พิจารณาว่ามีงานวิจัยสนับสนุนปัญหาดังกล่าวเพียงพอหรือไม่ ถ้ามีจะดำเนินการโครงการนำร่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ถ้าไม่มีงานวิจัยสนับสนุนเพียงพอ ทีมงานอาจจะต้องดำเนินการวิจัยในเรื่องนั้น ๆ ด้วยการออกแบบวิจัยอย่างดี หรือถ้าปัญหานั้นจำเป็นต้องแก้ไข

อย่างเร่งด่วนไม่สามารถรอจนกว่าจะทำวิจัยใหม่ได้ ทีมงานจะต้องค้นหาหลักฐานจากแหล่งอื่น ๆ เช่น รายงานจากกรณีศึกษา ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลักการทางวิทยาศาสตร์ หรือทฤษฎี

5. ในกรณีที่มีงานวิจัยสนับสนุนเพียงพอ และดำเนินการโครงการนำร่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติแล้ว ทีมงานต้องพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติหรือไม่ ถ้าเหมาะสม เริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยจะต้องมีการติดตามและวิเคราะห์โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ถ้าไม่เหมาะสม ทีมงานประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและความรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาปัญหาที่ต้องการพัฒนา แล้วเริ่มกิจกรรมตามกรอบใหม่

4. รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยโพลิทและเบค

โพลิท และเบค (Polit & Beck. 2004 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลาย ๆ รูปแบบ และนำเสนอขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. คัดเลือกหัวข้อ หรือกำหนดปัญหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาในการใช้ผลงานวิจัยและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจจะมาจาก 2 แหล่ง คือ การกำหนดประเด็นปัญหาที่เกิดจากตัวกระตุ้นจากประสบการณ์การทำงานในคลีนิก (Problem-Focused Trigger) หรือความรู้จากการอ่านงานวิจัยใหม่ ๆ ในการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-Focused Trigger)

2. รวบรวมและประเมินหลักฐาน มีการตั้งทีมดำเนินการในการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานจากงานวิจัย และหลักฐานอื่น ๆ โดยการตั้งคำถามที่ช่วยในการสืบค้น ได้แก่ หลักการที่ต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การรักษาที่ชัดเจน การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ ที่เรียกว่า PICO ดังนี้

P: Patient Population or Problem เป็นขั้นตอนการระบุประชากร

I: Intervention or Area of Interest การระบุหัตถการ/การรักษา หรือ สิ่งที่จะต้องมีความเฉพาะเจาะจง

C: Comparison Intervention (ถ้ามี) การระบุการเปรียบเทียบ จะช่วยจำกัดขอบเขตของการสืบค้นให้แคบลง

O: Outcome ผลลัพธ์จะต้องมีความเฉพาะเจาะจง และวัดได้

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการ โดยการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้ ดังนี้

ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

3.1 การถ่ายทอดและการนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ประเด็นสำคัญของการถ่ายทอดหรือการนำลงสู่การปฏิบัติ คือ การนำโครงการนวัตกรรมที่มาจากผลงานวิจัยและโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในหน่วยงานนั้นเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) มีประเด็นหลายประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลมีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการโครงการนวัตกรรมหรือไม่ พยาบาลมีอิสระในการดำเนินการโครงการฯ หรือไม่ ผู้บริหารสนับสนุนโครงการหรือไม่

3.3 ความคุ้มทุน (Cost-Benefit Ratio) การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มทุนให้ครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย

4. พัฒนา ดำเนินการ และประเมินผลโครงการนวัตกรรม ทีมงานสามารถวางแผน และดำเนินโครงการนำร่องสำหรับนวัตกรรม ในการประเมินผล สามารถใช้รูปแบบการวิจัยได้หลายรูปแบบที่น่าเชื่อถือที่สุด คือ การวิจัยเชิงทดลอง หรือการประเมินอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เก็บผลลัพธ์จากเวชระเบียนถามความพึงพอใจจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ควรเก็บในระยะเวลาที่นานเพียงพอ โดยประมาณ 6-12 เดือน เพื่อให้ผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการนี้ คือ การตัดสินใจว่าจะใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือกลับไปใช้การปฏิบัติอย่างเดิม

จากการทบทวนรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นพบว่า กระบวนการหลักที่สำคัญได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหาที่สนใจด้วยขนาด ความรุนแรง การสูญเสียจากปัญหานั้น จากนั้นทำการสืบค้นข้อมูล องค์ความรู้ หลักฐานงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา นำหลักฐานที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเพื่อใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาที่ตั้งไว้ นำแนวปฏิบัติที่ได้ไปดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วทำการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติต่อไป

สำหรับการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) เพราะมีขั้นตอนการปฏิบัติที่เข้าใจง่าย ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้สะดวกบางขั้นตอนสามารถนำรูปแบบอื่น ๆ มาบูรณาการ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความน่าเชื่อถือของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมากยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ

ใน 3 ขั้นตอนแรก และได้ประยุกต์หลักเกณฑ์บางขั้นตอนของรูปแบบอื่นในขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

ในขั้นตอนที่ 2 Evidence-Supported Phase ผู้ศึกษาได้เลือกใช้การสืบค้นข้อมูลหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิทและเบค (Polit & Beck. 2004 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ที่เรียกว่า PICO เพราะมีความชัดเจน ประหยัดเวลาในการสืบค้น ได้หลักฐานที่ต้องการและสอดคล้องกับปัญหา ทำให้การสืบค้นหลักฐานง่ายและชัดเจน เพราะมีลักษณะของคำสำคัญที่มีความเฉพาะเจาะจง ระบุปัญหา ระบุหัตถการ/การรักษา ระบุการเปรียบเทียบและระบุผลลัพธ์และได้นอกจากนั้นยังได้นำหลักการพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของเมลนิคเมลนิค และไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk. 2004 , Melnyk & Fineout-Overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) มาใช้ในการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ดังมีรายละเอียด ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3

ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับของหลักฐาน	แหล่งที่มาของหลักฐาน
ระดับ 1	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์เมต้าของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานงานวิจัยที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial : RCT)
ระดับที่ 2	หลักฐานที่ได้จากการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) อย่างน้อย 1 เรื่อง
ระดับที่ 3	หลักฐานที่มาจากการวิจัยเชิงทดลอง แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Controlled Trial Without Randomized) หรือการวิจัยที่มีการติดตามไปข้างหน้า (Match Case Controlled Studies) ที่มีการออกแบบที่ดี
ระดับที่ 4	หลักฐานมาจากรายงานการศึกษาย้อนหลัง (Case Report) หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study)

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ระดับของหลักฐาน	แหล่งที่มาของหลักฐาน
ระดับที่ 5	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
ระดับที่ 6	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
ระดับที่ 7	หลักฐานมาจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ หรือคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

(Melnyk. 2004 : Melnyk & Fineout-Overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549)

สำหรับในขั้นตอนที่ 3 Evidence-Observed Phase การประเมินความเป็นไปในการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) จะประเมินความเป็นไปได้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติแล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้แนวปฏิบัติ รวมทั้งได้นำกิจกรรมต่าง ๆในแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ผลการทดลองใช้ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ที่กล่าวข้างต้น โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้สนใจศึกษา (Evidence-Trigger Phase)

1. สิ่งกระตุ้นจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้ศึกษา (Practice Triggers) จากการสำรวจผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นสถานที่พักของผู้สูงอายุ โดยการสุ่มทดสอบผู้สูงอายุ 20 คนด้วยแบบทดสอบ MMSE-Thai พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 มีภาวะสมองเสื่อม และจากการปฏิบัติงานในการดูแลและการจัดกิจกรรมต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลแห่งนี้ พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลและจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2. สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากองค์ความรู้ (Knowledge Triggers) จากการค้นคว้าองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการรักษาแบบไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรักษาที่พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) ซึ่งการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่าง ๆ ส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว ส่วน

การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ ได้นำบางส่วนของการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ ซึ่งการบำบัดทั้ง 2 วิธีการที่กล่าวมานั้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความจำ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Johannesen. 2008)

ผู้ศึกษาเห็นว่าควรศึกษาแนวคิดของการบำบัดทั้ง 2 วิธีการดังกล่าว และนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported Phase)

ในการสืบค้นข้อมูล และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ผู้ศึกษานำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

1. กำหนดเกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของพิโก้ (PICO Framework) (Polit and Beck. 2004 : 690-692) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Population : เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Intervention : เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม วิธีการดูแลรักษา และกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Comparison : ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่น ๆ

Outcome : เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถทางด้านการรู้คิด

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Key Words) ในการสืบค้นงานวิจัยได้ใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องดังนี้ Dementia , Dementia and Management , Dementia and Assessment , Dementia and Prevention , Dementia and Cognitive Improvement , Dementia and Intervention , Dementia and Reality Orientation , ภาวะสมองเสื่อม การประเมินภาวะสมองเสื่อม การรักษาภาวะสมองเสื่อม

3. การสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล (Database) ผู้ศึกษาค้นหาความรู้จากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ PUBMED , Medline , Cochrance Database of Systematic Reviews , ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย และเอกสารอ้างอิง

4. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ผลของการสืบค้นได้งานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหา จำนวน 10 เรื่อง (รายละเอียดในตารางที่ 3.1) ดังนี้

- Systemic Review of Randomized Control trials 1 เรื่อง
- Randomized Control Trial 3 เรื่อง
- Quasi Experiment 2 เรื่อง
- Descriptive Research 1 เรื่อง
- Expert's Opinion 3 เรื่อง

โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมด จำนวน 25 เรื่อง แต่เมื่อศึกษารายละเอียดของงานวิจัยแล้วไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจน และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริงในการศึกษาครั้งนี้มีน้อย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการคัดออก

5. ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของงานวิจัย (Strength) โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินความเข้มแข็ง การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยแสดงระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีมาตรฐาน (Melnyk BM. and Fineout-Overholt. 2005 อ้างถึงในฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549 : 20) ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานที่ได้ก่อนการสร้างแนวปฏิบัติต่อไป (รายละเอียดตามตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1

ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

No.	Title	Research design	Level
1.	Reality Orientation for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials	Systemic Review of Randomized Control Trials	1
2.	Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia: Cost-Effectiveness Analysis	Randomized Control Trial	2
3.	Efficacy of an Evidence-Based Cognitive Stimulation Therapy Programme for People with Dementia	Randomized Control Trial	2

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

No.	Title	Research design	Level
4.	Reality Orientation Therapy Combined with Cholinesterase Inhibitors in Alzheimer's Disease: Randomized Controlled Trial	Randomized Control Trial	2
5.	The Effects of a Comprehensive Rehabilitation Program of Alzheimer's Disease in a Hospital Setting	Quasi Experiment	3
6.	Predictors of Cognitive Improvement After Reality Orientation in Alzheimer's Disease	Quasi Experiment	3
7.	โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543	Descriptive Research	6
8.	แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม	Expert's Opinion	7
9.	แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม	Expert's Opinion	7
10.	คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	Expert's Opinion	7

6. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (รายละเอียดตามตารางแสดงการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในภาคผนวก ก.) และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมด

7. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ ผู้ศึกษานำความรู้ที่รวบรวมได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-Observed Phase)

เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุไปใช้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

1. ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ของโพลิค และ เบค (Polit and Beck. 2004 : 690-692) ซึ่งประกอบด้วยการถ่ายทอด/การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติงาน (Feasibility) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการนำไปปฏิบัติ (Cost-Benefit Ratio) ดังนี้

1.1 การถ่ายทอด/การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability)

- เป็นการนำแนวทางปฏิบัติเข้าไปในกระบวนการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลในสถานที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะสมองเสื่อม
- กลุ่มประชากรเป้าหมายในการใช้แนวปฏิบัติ เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการในสถานที่พักผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการรักษา และได้รับกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

1.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติจริง (Feasibility) พยาบาลของสถานที่พักผู้สูงอายุ มีอิสระในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ และมีความรับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานแต่อย่างใด เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหน้าที่ประจำของสถานที่พักผู้สูงอายุอยู่แล้ว การจัดกิจกรรมบำบัดแก่ผู้สูงอายุเป็นงานที่ดำเนินอยู่เป็นประจำ แต่มักเป็นกิจกรรมสันทนาการและการออกกำลังกาย ยังขาดหลักการ วัตถุประสงค์ และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่จะช่วยส่งเสริมการรู้คิดของผู้สูงอายุ ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้จึงเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานภายในสถานที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้บริหารให้การสนันสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

1.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุนหรือคุ้มประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (Cost - Benefit Ratio) ผู้ศึกษาได้ออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลลัพธ์สูงสุดเชื่อว่าจะสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ศึกษา ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของการนำไปใช้ ความยากง่ายของการใช้ และความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จากนั้นผู้ศึกษาได้ปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

3. การนำกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุไปทดลองใช้ ผู้ศึกษาและนักกิจกรรมบำบัดได้นำกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลแต่ละกิจกรรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 4 คน แล้วประเมินผลการใช้เพื่อนำผลการทดลองใช้มาเป็นข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมต่อไป

ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาจำกัดจึงได้ทำการประเมินผลกระบวนการบางส่วน โดยทดลองจัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมี 12 กิจกรรม กับผู้สูงอายุ แล้วประเมินผลการนำไปใช้ แต่ไม่ได้ทำการประเมินผลลัพธ์ ผู้ศึกษาจะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติงาน และทำการประเมินผลทางด้านกระบวนการให้สมบูรณ์ และประเมินผลลัพธ์ต่อไป

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence-Based Phase)

เป็นระยะของการปรับปรุง แก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาล และมีการเผยแพร่ต่อไป การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดำเนินการในขั้นตอนนี้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 : 301-319) และนำขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ หรือการดำเนินงานในรูปแบบโพลิทและเบค (Polit and Beck. 2004 : 690-692) มาเสริมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาขอนำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ประเด็น คือ 1) องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ 3) ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผลของการปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และ 4) ผลของการนำกิจกรรมต่างๆในแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุไปทดลองใช้

4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 10 เรื่อง มาวิเคราะห์สรุปผลการวิจัย ลงในตารางและเปรียบเทียบเพื่อนำไปสรุปสร้างองค์ความรู้ในภาพรวมและนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (รายละเอียดการวิเคราะห์งานวิจัยอยู่ในภาคผนวก ก) การสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ สามารถสรุปได้ 2 ประเด็นดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อช่วยวินิจฉัยและบ่งบอกความรุนแรงของผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยญาติหรือผู้ดูแล ใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. 2551) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับ

อาการที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมขณะผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ถ้าคะแนนรวม >4 คะแนน ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 1 ในภาคผนวก ข.)

1.2 การประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) เป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ประการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา (Dependence) ซึ่งสามารถบ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

1.3 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกแยะภาวะสมองเสื่อมและหาสาเหตุที่สามารถรักษาได้และปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ โดยแบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการประเมินความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่วนที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำเพื่อค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดสมองเสื่อม ที่สามารถบำบัดรักษาให้หายได้ (แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. 2551) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 CBC เพื่อหา Hypersegmented Neutrophils และ Megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

1.3.2 BUN / Creatinine เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไตเพราะโรคไตวาย เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

1.3.3 Electrolyte เพื่อตรวจหาภาวะโซเดียมในเลือดสูง หรือต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

1.3.4 Fasting Plasma Glucose เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

1.3.5 ALT (SGPT) เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

1.3.6 TSH เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนธัยรอยด์ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้

4. การประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Impairment) ด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation to Time and Place) ด้านความจำ (Registration and Memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual Constructional) ด้านความเข้าใจ นำไปใช้ในการทดสอบผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจที่ได้รับการรักษาจนปกติ และผู้สูงอายุที่ไม่พบความพิการและความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) คะแนน MMSE-Thai ≤ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนน MMSE-Thai ≤ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนน MMSE-Thai ≤ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

(กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542) (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 4 ในภาคผนวก ข.)

2. กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษางานวิจัย สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สรุปได้ดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) ซึ่งการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำม า ทาให้เกิดความมั่นใจแสามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว เป็นต้น โดยใช้ กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ (RO Board) ปฏิทิน นาฬิกา โปสเตอร์ การทำอาหาร การวาดภาพ เครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 การพูดคุย/โต้ตอบ การเรียกชื่อสิ่งของ และ

การออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ ได้นำบางส่วนของการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ ซึ่งการบำบัดทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมานั้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความจำ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Johannesen. n.d.)

2.2 วิธีการ/รูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด สามารถสรุปได้ดังนี้ (Spector and Others. 2000)

2.2.1 ระยะเวลาในการทำ RO แต่ละครั้งใช้เวลา 30-60 นาที โดยมีความถี่ในการทำกิจกรรม 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4-20 สัปดาห์

2.2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม RO ได้แก่ กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ (RO Board) นาฬิกา (Clock) ปฏิทิน (Calendars) แผนที่ (Maps) โปสเตอร์ (Posters) การปรับในเข้ากับสิ่งแวดล้อมทั่วไป (General Orientation) เครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสต่าง ๆ (Multisensory Stimulation) การวาดภาพ (Drawing) คำหรือข้อความต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกัน (Associated Words) การเรียกชื่อ/จัดหมวดหมู่สิ่งของ (Object Naming/Categorizing) การออกกำลังกาย (Exercise) การเตรียมอาหาร (Food Preparation) การอภิปราย/การแสดงออก (Discussions/Demonstrations)

2.2.3 จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 4 คน

2.2.4 การเริ่มกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายเล็กน้อยในห้องเดิม เวลาเดิม (Spector and Others. 2003)

2.2.5 ช่วงแรกของการทำกิจกรรมกลุ่ม จะเริ่มด้วยการกระตุ้นการรับรู้โดยใช้กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ (RO Board) และตามด้วยกิจกรรมอื่น ๆ ที่กระตุ้นความสนใจทั่วไป เช่น เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ บุคคลที่มีชื่อเสียง ความสนใจ ความทรงจำ การออกกำลังกายโดยผู้ป่วย สามารถตอบคำถามได้ด้วยตัวเองหรืออาจใช้ตัวช่วยอย่างอื่นได้ เช่น ปฏิทิน นาฬิกา และบันทึกย่อ (Onder and Others. 2005)

2.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด สามารถสรุปได้ดังนี้ (Knapp and Others. 2006)

2.3.1 ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Zanetti and Others. 2002)

2.3.2 ได้คะแนน MMSE ระหว่าง 10-27 คะแนน (Onder and Others. 2005)

2.3.3 สามารถพูดคุยและเข้าใจการสื่อสารได้รู้เรื่อง

2.3.4 สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

2.3.5 ไม่แสดงอาการใด ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ขาดสมาธิตลอดเวลา ชอบตะโกน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

2.3.6 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้หรือภาวะซึมเศร้า

2.4 การประเมินผลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า คะแนน MMSE และ ADL มีคะแนนสูงขึ้น (Raggi and Others. 2007) และ คะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Quality of Life in Alzheimer's Disease หรือ QoL-AD) มีคะแนนสูงขึ้นด้วย (Knapp and Others. 2006)

4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

ผู้ศึกษาได้นำความรู้ที่รวบรวมได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยใช้เมื่อผู้สูงอายุมาด้วยอาการสำคัญ คือ มี ความจำ พฤติกรรม อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และ ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อช่วยวินิจฉัยและบ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม และ แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) จากนั้นเป็นซักประวัติและตรวจร่างกายผู้สูงอายุโดยพยาบาล โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่สามารถรักษาได้ และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ จากนั้นใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) เพื่อแบ่งแยกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จากการสอบถามญาติหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. 2551) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมขณะผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ถ้าคะแนนรวม >4 คะแนน ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 1 ในภาคผนวก ข)

2. การประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) เป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ประการที่ปฏิบัติในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา (Dependence) การประเมินนี้ใช้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 2 ในภาคผนวก ข.)

3. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกแยะภาวะสมองเสื่อมและหาสาเหตุที่สามารถรักษาได้ และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ โดยแบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการประเมินความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่วนที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC Electrolyte BUN Creatinine FBS ALT TSH ซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ เพื่อค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดสมองเสื่อม ที่สามารถบำบัดรักษาให้หายได้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2551) (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 3 ในภาคผนวก ข)

เมื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ได้แบ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีความพิการถาวร ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ได้แก่

- ผู้สูงอายุที่มีความพิการ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว
- หูตึง (ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง)
- พูดไม่ได้/พูดไม่มีความหมาย
- ฟังไม่รู้เรื่อง
- มีภาวะปัญญาอ่อน
- คะแนน ADL ตั้งแต่ 0-8 คะแนน

ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ให้การพยาบาลโดยการดูแลความสุขสบายทั่วไป ไม่ได้นำมาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กลุ่มที่ 2 มีความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจที่อาจรักษาได้ โดยส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ ได้แก่

- มีไข้
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ

- ซึมเศร้า
- กระวนกระวายอยู่ไม่สุข
- ก้าวร้าว
- คะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม >4 คะแนน

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการรักษาจนร่างกายและจิตใจปกติแล้ว จึงประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) ในขั้นตอน 4 เพื่อแยกแยะระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และคัดเลือกกลุ่มที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดต่อไป

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ตรวจไม่พบความพิการและความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีคะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ≤ 4 คะแนน ทำการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) ในขั้นตอน 4 เพื่อแยกแยะระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และคัดเลือกกลุ่มที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดต่อไป

4. การประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Impairment) ด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation to Time and Place) ด้านความจำ (Registration and Memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual Constructional) และด้านความเข้าใจ นำแบบทดสอบนี้ไปใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กลุ่ม 2 ที่ได้รับการรักษาจนปกติและผู้สูงอายุที่ไม่พบความพิการและความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อแบ่งแยกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยมีเกณฑ์การประเมินภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 4.1

ในแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เป็น 3 ระดับ โดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์คะแนนของ MMSE เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

คะแนนเต็ม (คะแนน)	ผู้สูงอายุปกติ (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่สี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (คะแนน)
23 (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	>14	15 – 19	8 – 14	0 – 7
30 (ประถมศึกษา)	>17	18 – 22	9 – 17	0 – 8
30 (สูงกว่าประถมศึกษา)	>22	23 - 27	14 - 22	0 - 13

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จนถึง ปานกลาง (Mild to Moderate) ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยา และนำเข้ากิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดต่อไป ส่วนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์คะแนนดังตารางที่ 4.1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ

1. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระดับเริ่มต้น จนถึงปานกลาง โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยประยุกต์จาก แบบประเมินขั้นบันได (Ladder Scale) ของ แคนทริว (Dowell, Mc. I. 2006) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 5 ในภาคผนวก ข)

2. คัดเลือกผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (รายละเอียดตามตารางที่ 4.1) เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

2.1 สามารถพูดคุยและเข้าใจการสื่อสารได้รู้เรื่อง

2.2 สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้

2.3 ไม่แสดงอาการใด ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ขาดสมาธิตลอดเวลา ชอบตะโกน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า เป็นต้น

2.4 ไม่มีโรคทางกายภาพหรือความทุพพลภาพใด ๆ ที่ร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2.5 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้

3. กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของต่างประเทศเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

3.1 ประเภทของกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด ได้แก่ การจดจำ การจัดหมวดหมู่ การโต้ตอบ การเคลื่อนไหว การรับสัมผัส การคิดคำนวณ การฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ ลักษณะของการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด มีดังนี้

3.1.1 จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 4 คน

3.1.2 นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาล 1-2 คน

3.1.3 จัดกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที ที่ห้องเดิม เวลาเดิม โดยเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3.2 วิธีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด มีดังนี้

3.2.1 กิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มด้วย RO board ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่

3.2.2 ออกกำลังกายเล็ก ๆ น้อย ๆ

3.2.3 ให้กลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรม โดยนักกิจกรรมบำบัด/พยาบาล อธิบายวิธีการของกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทราบ และดำเนินกิจกรรมตามรายละเอียดของกิจกรรมนั้น ๆ (รายละเอียดในเอกสารหมายเลข 6 ในภาคผนวก ข.)

กิจกรรมทั้งหมดมี 12 กิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งทำหนึ่งกิจกรรม โดยแบ่งการทำกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพสัตว์)
กิจกรรมที่ 2 เล่าชีวประวัติ
กิจกรรมที่ 3 จำและแยกสิ่งของ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพผลไม้)
กิจกรรมที่ 5 ลากเส้นระบายสี
กิจกรรมที่ 6 จำตัวเลข

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 7 สัมผัสและแยกสิ่งของ
กิจกรรมที่ 8 ชิม-ดม-สัมผัส
กิจกรรมที่ 9 บวก ลบตัวเลข
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 10 ฟังเสียง
กิจกรรมที่ 11 อาหารจานโปรด
กิจกรรมที่ 12 โดมิโนรูปภาพ

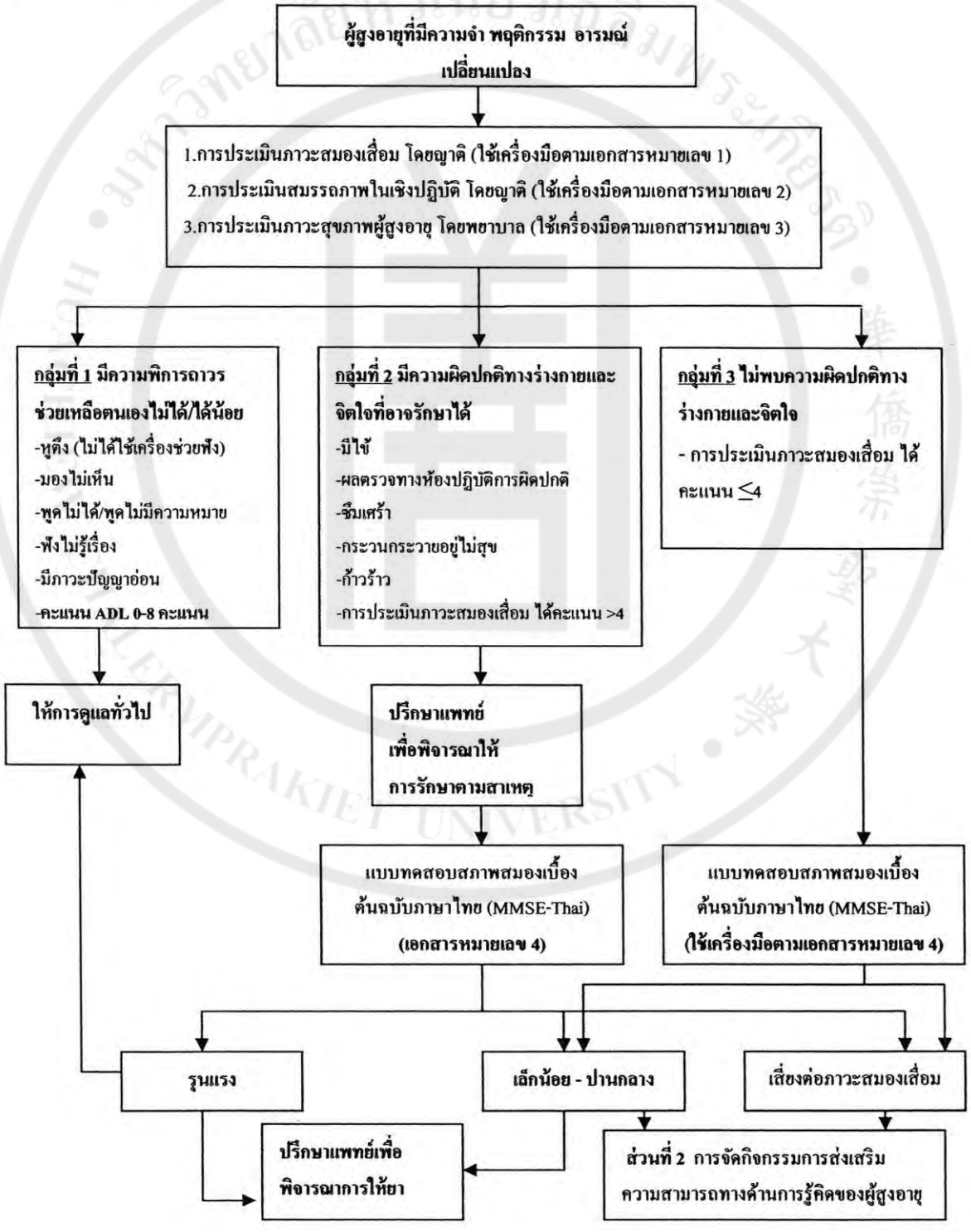
เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมให้นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาล ประเมินความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 7 ในภาคผนวก ข.)

4. ประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยประเมินผลทุก 1 เดือน

แผนภูมิที่ 4.1

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ ที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ



แผนภูมิที่ 4.1 (ต่อ)

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ

4.3 ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผลของการปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของการนำไปใช้ ความยากง่ายของการใช้ และความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน สรุปได้ 3 ประเด็นดังนี้

1. การประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม เพื่อประเมินความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมว่ามีพัฒนาการเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ศึกษาได้ออกแบบใบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยให้นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาลเป็นผู้ประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละท่าน

2. กิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ผู้ศึกษาออกแบบทั้ง 12 กิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดการรับสัมผัสทางการได้ยิน ซึ่งในกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมยังไม่มี ผู้ศึกษาจึงได้ปรับแก้กิจกรรมที่มีปัญหา/อุปสรรคในการนำไปใช้ โดยเปลี่ยนเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดการรับสัมผัสทางการได้ยินแทน เมื่อนำกิจกรรมไปทดลองใช้พบว่าสามารถนำไปใช้ได้ผลดี

3. การประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ในด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ประการ ในแนวปฏิบัตินี้ผู้ศึกษาใช้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นดัชนีที่ใช้วัดด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แต่ในกิจกรรมที่ผู้ศึกษาออกแบบยังขาดในส่วนของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกหรือสอนทักษะในด้านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจทำให้ผลของการประเมินไม่ได้ผล ถ้าเน้นเฉพาะการรู้คิดก็ไม่ต้องประเมินเรื่อง ADL แต่จากการศึกษาผลงานวิจัย พบว่า ADL เป็นตัวดัชนีบ่งชี้ที่ดี

ที่สุดในการวินิจฉัย ติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. 2551) และจากงานวิจัยของแรกกี้ และคณะ (Raggi and Others. 2007) พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยใช้ RO ร่วมกับวิธีเน้นการรู้คิดเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยมีคะแนนของ MMSE และ ADL สูงขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้คงการประเมินผลของกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้โดยใช้ ADL ไว้เหมือนเดิม เนื่องจากสามารถใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อมในทางอ้อมได้

4.4 ผลของการนำกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดไปทดลองใช้

ผู้ศึกษาได้นำกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมทั้ง 12 กิจกรรม ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยให้นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลประจำสถานที่พักผู้สูงอายุทดลองใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ จำนวน 4 คนเพื่อหาความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรม โดยผลการทดลองใช้กิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมนั้น ผู้ศึกษาได้ประเมินผลเป็น 2 ด้านดังนี้

1. ด้านกระบวนการใช้กิจกรรม

1.1 ข้อดีของแนวปฏิบัติ นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ให้ข้อคิดเห็นว่าสามารถใช้ได้ดี เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีวัตถุประสงค์ชัดเจน อุปกรณ์ที่ใช้จัดหาได้ง่าย ราคาไม่แพง และมีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

1.2 ในด้านปัญหาและอุปสรรคในการจัดกิจกรรม นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลให้ข้อเสนอแนะว่า ในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมควรจะมีการแข่งขันกัน เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตื่นตัวและสร้างความสนุกสนาน

2. ด้านผลลัพธ์ของการทดลองใช้กิจกรรม

2.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการ จากการนำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และได้ฝึกด้านการนึกคิด การพูดคุยโต้ตอบ แต่การประเมินผลความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อมยังไม่สามารถทำได้ในขณะนี้ เนื่องจากการศึกษางานวิจัย พบว่า ในการจัดกิจกรรมควบคู่กับการรักษาโดยการให้ยาควรกระทำอย่างต่อเนื่องระยะยาว (Onder and Others. 2005)

2.2 ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลมีความพึงพอใจในการทดลองใช้กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากยังไม่เคยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนและทำให้สามารถวัดผลการจัดกิจกรรมได้

2.3 ผลลัพธ์ต่อองค์กร เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนแห่งนี้เป็นสถานที่พักของผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นส่วนใหญ่ หน่วยงานจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลและการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ศึกษาจะได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลในด้านการประเมินผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นสถานที่พักผู้สูงอายุในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) โดยการศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะ 3 ขั้นตอนแรก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-Trigger Phase คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยตัวกระตุ้นนี้เกิดจากการปฏิบัติ (Practice Triggers) เกิดจากการสำรวจผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นสถานที่พักผู้สูงอายุในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มทดสอบผู้สูงอายุ 20 คนด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 75 และจากการปฏิบัติงานในการดูแลและการจัดกิจกรรมต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเกิดจากความรู้จากการค้นคว้า (Knowledge Triggers) จากการค้นคว้าองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม และการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้า พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่พักผู้สูงอายุและกำลังพัฒนาตนเองให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ คือ บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct care) มีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำไปใช้ภายในสถานที่พักผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่สอง Evidence-Supported Phase คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนองค์ความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะสมองเสื่อมและการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดคำสำคัญเพื่อสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย Systemic Review of Randomized Control trials 1 เรื่อง Randomized Control Trial 3 เรื่อง Quasi Experiment 2 เรื่อง Descriptive Research 1 เรื่อง และ Expert's Opinion 3 เรื่อง จากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทีละเรื่อง สร้างข้อสรุปในภาพรวมของความรู้ที่ได้ แล้วพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม และ แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) จากนั้นซักประวัติและตรวจร่างกายโดยพยาบาล ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่สามารถรักษาได้ และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ จากนั้นใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) เพื่อแบ่งแยกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จนถึง ปานกลาง โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินและคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติ กิจกรรมทั้งหมดมี 12 กิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งจะเริ่มด้วยกิจกรรม RO Board และออกกำลังกายเล็กน้อย จากนั้นจึงตามด้วยกิจกรรมกลุ่มหนึ่งกิจกรรม หลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมให้นักกิจกรรมบำบัดหรือพยาบาลประเมินความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรม ประเมินผลการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) Barthel ADL Index

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยประเมินผลทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-Observed Phase คือ การประเมินความเป็นไปในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ของโพลิค และ เบค (Polit and Beck. 2004 : 690-692) ซึ่งประกอบด้วยการถ่ายทอด/การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติงาน (Feasibility) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการนำไปปฏิบัติ (Cost-Benefit Ratio) ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของการนำไปใช้ ความยากง่ายของการใช้ และความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบมาปรับแก้ไขแนวปฏิบัติ และนำกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้ เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ซึ่งจากการนำกิจกรรมไปทดลองใช้ พบว่า รูปแบบของกิจกรรมเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีวัตถุประสงค์ชัดเจน อุปกรณ์ที่ใช้จัดหาได้ง่าย ราคาไม่แพง และมีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการจัดกิจกรรม ยังไม่พบ แต่นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลผู้จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ ให้ข้อเสนอแนะว่า ในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมควรจะมีการแข่งขันกัน เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตื่นตัวและสร้างความสนุกสนาน

ส่วนการประเมินผลในด้านผลลัพธ์นั้นได้ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านองค์กร พบว่า ผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการ จากการนำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และได้ฝึกด้านการนึกคิด การพูดคุยโต้ตอบ แต่การประเมินผลความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังไม่สามารถทำได้ในขณะนี้ เนื่องจากการศึกษางานวิจัยพบว่า ในการจัดกิจกรรมควบคู่กับการรักษาโดยการให้ยาควรกระทำอย่างต่อเนื่องระยะยาว และวัดผลภายหลังการทำกิจกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (Onder. 2005) ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลมีความพึงพอใจในการทดลองใช้กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากยังไม่เคยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนและทำให้สามารถวัดผลการจัดกิจกรรมได้ และผลลัพธ์ต่อองค์กร เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนแห่งนี้เป็นสถานที่พักของผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นส่วนใหญ่ หน่วยงานจึงต้องการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลและการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ศึกษาจะได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลในด้านการ

ประเมินผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้

5.2 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษายาวนานขึ้น เพื่อค้นหาปัญหา แนวทางแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยการวิจัยเชิงผลลัพธ์หรือการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติและตัดสินว่าควรมีการเผยแพร่ให้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศในองค์กรและหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไปหรือไม่

4. ควรมีการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้มีความทันสมัยและเหมาะสมอยู่เสมอ ตามองค์ความรู้หรืองานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลัง

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ. (2549) **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1.** พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. (2542) **ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมสำหรับประชาชน.** นนทบุรี : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

----------. (2547) **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR DEMENTIA.** นนทบุรี : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

----------. (2551) **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR DEMENTIA.** นนทบุรี : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548) **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิคผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

----------. (2542) **โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543 .** กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

----------. (2548) **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ** . [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http//www.agingthai.org/index.cgi?p=content&id=166 (20 สิงหาคม 2552)

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2544) **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.** นนทบุรี : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2540) **สมองเสื่อม : โรคหรือวัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คบไฟ.

กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545) **ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากภาวะสมองเสื่อม Alzheimer.** กรุงเทพมหานคร : สยามสปอร์ต ซินดิเคท.

คณะอาจารย์แพทย์โรงพยาบาลศิริราช. (2545) **โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา. พิมพ์แจกในงานฌาปนกิจศพ คุณพ่อธานินทร์ มุทิรากูล.** กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ , บรรณาธิการ. (2542) **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม.

จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ , บรรณาธิการ. (2548) **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.

ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2544) **การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538) **สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ศุภวนิชการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2549) **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์.** พิมพ์ครั้งที่ 21. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.

----------. (2542) **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.

บุญศรี นุเกตุ และคณะ, บรรณาธิการ. (2545) **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, บรรณาธิการ. (2542) **โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.** เอกสารวิชาการหมายเลข 242. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2548) **การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ : การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พนัส ธัญญกิจไพศาล, บรรณาธิการ. (2544) **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์.** กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. (2542) **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน.** ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ไพจิตรา ล้อสกุลทอง. (2545) **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549) **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ (Evidence-based Nursing:Principle and Method).** นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช ทับมณี. (2544) **ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. (2548) **เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11 – 15.** นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547) **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ.** กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.

วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537) **การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันดี โภคะกุล. (2548) **การดูแลแบบสหสาขาวิชาผู้ป่วยสูงอายุ : การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วันเพ็ญ เชาว์เชิง. (2545) **อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา.** ม.ป.ท. : ม.ป.พ.

วราภรณ์ ภมิสวัสดิ์ และคณะ. (2548) **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2549) "หลักการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Nursing Management For People with Dementia)" ใน **เอกสารสัมมนาทางวิชาการ.** กรุงเทพมหานคร : พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543) **แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** นนทบุรี : สภาการพยาบาล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (ม.ป.ป.) **สมองเสื่อมคืออะไร สมองเสื่อมกับสมองฝ่อเหมือนกันหรือไม่.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http:/www.geocities.com/knowledge_dementia1.html. (27 มิถุนายน 2549)

----------. (2549) "สมองเสื่อม" ใน **เอกสารสัมมนาทางวิชาการ.** กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542) **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ Principle of Geriatric Medicine.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

----------. (2542) **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุข ไทยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อภิญญา กังสนารักษ์ และพินัย ดชภักดี. (เมษายน-มิถุนายน 2534) "แบบตรวจสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) และแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน" **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 36 หน้า 2.

อรวรรณ อุทัยเสน บรรณาธิการ. (2540) **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน.

American Geriatrics Society. (2003) Guidelines Abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia. **Journal of the American Geriatrics Society.** 51 p 869 – 873.

American Psychiatric Association. (1994) **Diagnostic and Statistical of Mental Disorders.** 4 th ed. Washington, D. C. : American Psychiatric Association.

Arayawichanont, A., Senanarong et al. (2000) "Do Physicians Recognize Dementia?" **Siriraj Hospital Gazette.** 52 (8) p 528 – 532.

Assantachai, P., Yamwong, P. and Chongsuphaijaisiddhi, T. (1997) "Relationships of vitamin B1, B2, Folate and the Cognitive Ability of the Thai Rural Elderly" **Journal of the Medical Association of Thailand.** 80 (11) p 700 – 705.

Dowell, Mc. I. (2006) **Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaires.** OXFORD University.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Foreman, M.D., Fletcher, K., L.C., & Simon, L. (1998). Assessing Cognitive Function. In J. A. Allender, & C. L. Rector, Eds. **Reading in Gerontological Nursing.** Phyladelphia : Lippincott.

Johannesen, A. (n.d.) **Effective Methods to Relive Syptoms of Dementia.** [Online] Available : http://www.sfi.dk/sw40312.asp (19 September 2008)

Knapp, M. and others. (2006) "Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia: Cost-Effectiveness Analysis" **British Journal Of Psychiatry.** 188 p 574-580.

Murray, Ruth B. and others. (1985) **Nursing Assessment & Health Promoting through the Life Span.** 3 rd ed. N.J : Prantice Hall Inc.

Onder, G. and others. (2005) "Reality Orientation Therapy Combined with Cholinesterase Inhibitors in Alzheimer's Disease: Randomized Controlled Trial" **British Journal Of Psychiatry.** 187 p 450-455.

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) **Nursing research : Principle and methods.** 7 th ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

Raggi, A. and others. (2007) "The Effects of a Comprehensive Rehabilitation Program of Alzheimer's Disease in a Hospital Setting" **Behavioural Neurology.** 18 p 1-6.

Soukup, S.M. (2000) "The center for advanced nursing practice evidence based practice model" **Nursing Clinics of North America.** 35(2) p 301-319.

Spector, A. and others. (2000) "Reality Orientation (RO) for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials" **The Gerontological Society of America.** 40 p 206-212.

Spector, A. and others. (2003) "Efficacy of an Evidence-Based Cognitive Stimulation Therapy Programme for People with Dementia" **British Journal Of Psychiatry.** 183 p 248-254.

Zanetti, O. and others. (2002) "Predictors of Cognitive Improvement After Reality Orientation in Alzheimer's Disease" **Age and Ageing.** 31 p 193-196.

ภาคผนวก

ผนวก ก

ตารางแสดงการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Reality Orientation (RO) for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials**
ชื่อผู้แต่ง	**Spector, A. ; Davies, S. ; Woods, B. and Orrell, M.**
ปีที่พิมพ์	2000
วัตถุประสงค์	เพื่อทบทวนผลงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้ RO ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Randomized control trials (RCTs) วิเคราะห์โดยใช้ - RevMan 3.0 - Standardized mean differences (SMDs) - Pooled Standard Deviation
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นงานวิจัย 6 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 125 คน (กลุ่มทดลอง 67 คน และ กลุ่มควบคุม 58 คน)งานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามาใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ *งานวิจัย* – เป็น RCTs ทั้งหมดที่ศึกษาผลของการได้รับการบำบัดโดย RO ในภาวะสมองเสื่อม *กลุ่มตัวอย่าง* – คือ ผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยอายุ > 55) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการอื่นๆ ที่เทียบเคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยตลอดโครงการมีมากกว่า 60% *กิจกรรม* – กลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม (อย่างน้อย 10 ครั้ง) เป็นระยะเวลาอย่างต่ำ 3 สัปดาห์ การบำบัดต่างๆ ที่จัดเตรียมไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างนั้นจะใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที โดยมีการนำเสนอ การทบทวน และ

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง	การใช้ประโยชน์จากการรับรู้ข้อมูล (เวลา สถานที่ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง) ซึ่งจะมีผู้ป่วยอย่างน้อย 4 คนที่เข้าร่วมในกลุ่มบำบัดแต่ละกลุ่ม การวัดผลลัพธ์ – การวัดผลลัพธ์การรับรู้ และ/หรือ พฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับเข้าสู่การทบทวน
เครื่องมือที่ใช้	การสืบค้นงานวิจัยที่เป็น RCTs (Review) การประเมินค่าประสิทธิผลของห้องเรียน RO กับ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทำการสืบค้นทั้งทางมือและทางอินเตอร์เนต ได้ข้อมูลจากงานวิจัยจำนวน 43 งาน และได้ทบทวนงานวิจัยที่สามารถเข้าเกณฑ์ได้จำนวน 6 RCTs
ผลการวิจัย	ผลของงานวิจัยทั้งหมดเป็นที่ชัดเจนว่าการทำ RO ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งทางการรับรู้และพฤติกรรม โดยเทคนิค RO ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ ซึ่งผลดีของการเข้ารับ RO ระยะสั้นจะคงอยู่เพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ ดังนั้น การเข้าร่วมโปรแกรมระยะยาวจึงอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ยาวนานกว่าเดิม
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมการเข้าร่วม RO โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ระยะเวลาในการทำ RO แต่ละครั้งใช้เวลา 30-60 นาที โดยมีความถี่ในการทำกิจกรรม 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4-20 สัปดาห์ 2. เนื้อหาของกิจกรรม RO ได้แก่ RO board , Clock , Calendars , Maps , Posters , General Orientation , Multisensory Stimulation , Drawing , Associated Words , Object Naming/Categorizing , Exercise , Food Preparation และ Discussions/Demonstrations 3. การจัดกลุ่มกิจกรรมควรมีกลุ่มอย่างน้อย 4 คน

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Efficacy of an Evidence-Based Cognitive Stimulation Therapy Programme for People with Dementia**
ชื่อผู้แต่ง	**Spector, A. ; Thorgrimsen, L. ; Woods, B. ; Royan, L. ; Davies, S. ; Butterworth, M. and Orrell, M.**
ปีที่พิมพ์	2003
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการบำบัดโดยการกระตุ้นการรับรู้ (CST) จะเป็นประโยชน์ต่อการรับรู้และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Randomized Control Trial - ANCOVA - NNT
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 201 คน โดยคัดเลือกด้วยวิธี Single-Blind, Multi-Centre, Randomized Controlled Trial โดยวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรับรู้และคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ (ก) มีอาการที่เข้าข่ายภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM-IV (ข) ได้คะแนนการทดสอบ MMSE ระหว่าง 10-24 คะแนน (ค) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจการสื่อสารต่างๆได้บ้าง (ง) สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มและสามารถใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ในกิจกรรมตามที่กำหนดได้ (จ) ไม่มีโรคทางกายภาพหรือความทุพพลภาพใดๆ ที่ร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (ช) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้
เครื่องมือที่ใช้	*เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง* โปรแกรมจำนวน 14 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 7 สัปดาห์ โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเป็นจริงและการกระตุ้นการรับรู้ อันมุ่งเน้นไปที่ความพยายามในการกระตุ้นการรับรู้ให้เกิดขึ้นและประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การใช้เงิน เกมส์คำศัพท์ เป็นต้น

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้	โปรแกรมนี้จะมี Reality Orientation Board ที่แสดงทั้งข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งชื่อกลุ่มด้วย (เลือกโดยกลุ่มตัวอย่าง) กระดานนี้มีไว้เพื่อเตือนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำชื่อและลักษณะธรรมชาติ (Nature) ของกลุ่มได้ ตลอดจนช่วยในการสร้างความต่อเนื่อง ทั้งนี้ แต่ละ กิจกรรม จะเริ่มด้วยกิจกรรมอุ่นเครื่องอย่างเกม soft ball อันเป็นการออกกำลังกายก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมทั้งหมด อย่างไรก็ตาม บางกิจกรรมที่เน้นเกี่ยวกับวัยเด็กและอาหารการกินจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างระลึกถึงความทรงจำในอดีตได้ แต่ยังต้องเน้นย้ำเกี่ยวกับปัจจุบันอยู่เช่นกัน โดอาจใช้การกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-Sensory) ร่วมด้วยได้ กิจกรรม ต่างๆ นี้เป็นการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับ “ใบหน้า” จะมีคำถามตัวอย่างให้ตอบว่า “ใครดูอ่อนที่สุด” “คนพวกนี้มีอะไรโดยทั่วไป” ซึ่งอาจใช้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเป็นส่วนเสริมได้ นอกจากนี้ ในแต่ละกิจกรรม สามารถปรับระดับความยากได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของกลุ่ม ความสนใจและเพศ *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล* - MMSE(Mini Mental State Examination) ใช้วัดการรับรู้ (Cognitive) - ADAS-Cog (Alzheimer’s Disease Assessment Scale - Cognition) ใช้วัดการรับรู้ (Cognitive) - QoL-AD (The Quality of Life – Alzheimer’s Disease scale) ใช้วัดคุณภาพของชีวิต (Quality of Life) - The Holden Communication Scale ใช้วัดการสื่อสาร (Communication) - CAPE-BRS (The Clifton Assessment Procedures for the Elderly – Behaviour Rating Scale) ใช้วัดพฤติกรรม (Behaviour) - CDR (The Clinical Dementia Rating scale) ใช้วัดบทบาทหน้าที่สากล (Global functioning) - The Cornell Scale for Depression in Dementia ใช้วัดความซึมเศร้า (Depression) - RAID (The Scale Rating Anxiety in Dementia) ใช้วัดความวิตกกังวล (Anxiety)

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 201 คน ถูกแบ่งอยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 115 คน และในกลุ่มควบคุม 86 คน ซึ่งหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองเหลือจำนวน 97 คน และกลุ่มควบคุมเหลือ 70คน โดยกลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มควบคุมตาม Mini-Mental State Examination (P=0.044), Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognition (ADAS-Cog) (P=0.014) และ Quality of Life - Alzheimer's Disease Scale (P=0.028) ผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำไปเปรียบเทียบกับการทดลองการรักษาภาวะสมองเสื่อมแบบใช้ยา โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CST อาจจะได้รับผลประโยชน์ที่คุ้มค่าสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	นำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบ/คัดเลือกกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม ให้ตรงตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงและการกระต้นการรับรู้โดยมุ่งเน้นไปที่ความพยายามในการกระตุ้นการรับรู้ให้เกิดขึ้นและประกอบไปด้วยหัวข้อต่างๆ เช่น การใช้เงิน เกมส์คำศัพท์ กิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างระลึกถึงความทรงจำในอดีตได้ แต่ยังต้องเน้นย้ำเกี่ยวกับปัจจุบันอยู่เช่นกัน โดยอาจการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-Sensory) ร่วมด้วยเป็นต้น โปรแกรมนี้จะมี Reality Orientation Board ที่แสดงทั้งข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งชื่อกลุ่มด้วย โดยการเริ่มแต่ละกิจกรรม จะเริ่มด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายเล็กน้อยในห้องเดิมเวลาเดิม

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย UNIVERSITY OF CHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**The Effects of a Comprehensive Rehabilitation Program of Alzheimer's Disease in a Hospital Setting**
ชื่อผู้แต่ง	**Raggi, A. ; Iannaccone, S. ; Marcone, A. ; Ginex, V. ; Ortelli, P. ; Nonis, A. ; Giusti C M. and Cappa F S.**
ปีที่พิมพ์	2007
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสติปัญญาและการรับรู้ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในโรงพยาบาล
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Randomized control trial - Tukey HSD Test - Chi-Square Proportional Test - Wilcoxon Signed Ranks Test
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจำนวน 50 คนที่เข้ารับการฟื้นฟูในช่วงระยะเวลา 17 เดือนในแผนกพิเศษ โดยมีภาวะโรคสมองเสื่อมตั้งแต่อาการค่อนข้างน้อยจนถึงอาการรุนแรง ทั้งนี้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (ก) มีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรค AD โดยมีอาการที่เข้าข่ายเกณฑ์ DSM-IV (ข) ได้รับผลกระทบจากภาวะโรคสมองเสื่อมตั้งแต่น้อยจนถึงรุนแรง (ค) สามารถสื่อสารได้บ้าง (ง) สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มและสามารถใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ในโปรแกรมได้ (จ) ไม่มีโรคทางกายภาพหรือความทุพพลภาพใดๆ ที่ร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมการวิจัย (ช) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้
เครื่องมือที่ใช้	*เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง* ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy - ROT) โดยผสมผสานกับวิธีเน้นการรู้คิด เฉพาะบุคคล(Individualised Cognitive Approach) ในกรณีที่จำเป็น ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินขั้นพื้นฐานจากนักประสาทวิทยา นักจิตวิทยาจำเป็น ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินขั้นพื้นฐานจากนักประสาทวิทยา นักจิตวิทยา ผู้ชำนาญการด้านการศึกษา และพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีคะแนน MMSE น้อยกว่า 10 ในขณะแรกเข้ารับการรักษาทั้งแบบ ROT ผิดปกติและปกติจะต้องเข้ารับการบำบัด 2 Session

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้	เป็นเวลา 45 นาที/ทุกวัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีคะแนน MMSE ระหว่าง 10-24 จะได้รับ ROT ร่วมกับกิจกรรมด้วย (วันละครั้ง) โดยฝึกการรับรู้ด้วยคอมพิวเตอร์ (Cogpack เวอร์ชั่น 5.9j; Marker Software) ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วยงานจำนวน 30 ชุดที่มีระดับความยากแตกต่างกัน กลุ่มงานบางอย่างถูกออกแบบมาเพื่อฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ, ความสามารถด้านภาษา มิติสัมพันธ์ และการคิดคำนวณ รวมไปถึงความเร็วในการจดจำหรือความเร็วในการเคลื่อนไหวอีกด้วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยสนับสนุนจิตบำบัดนี้ได้เช่นกัน อย่างไรก็ดี หากผู้ป่วยมีความบกพร่องทางความสามารถในการเคลื่อนไหวจะต้องเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดควบคู่กันไปด้วย *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล* - MMSE (Mini Mental State Examination)ใช้วัดการรับรู้ (Cognitive) - ADL (Activity of Daily Living)ใช้วัดการทำงาน (Functional) NPI (Neuropsychiatric Inventory) ใช้วัดสภาพจิตใจ (Psychopathological)
ผลการวิจัย	ค่าเฉลี่ยของ MMSE ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายว่าผู้ป่วยหายสนิทอยู่ที่ 16.06 และ 17.54 ตามลำดับ (Wilcoxon Ranks Test: $p = 0.005$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของ ADL ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ 4.86 และหลังจำหน่ายว่าผู้ป่วยหายสนิทอยู่ที่ 5.02 ($p = 0.011$) ส่วนค่าเฉลี่ยของ NPI อยู่ที่ 21.46 และ 12.26 ตามลำดับ ($p < 0.001$) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยใช้ RO ร่วมกับวิธีเน้นการรู้คิดเฉพาะบุคคลมีผลดีต่อการรับรู้ พฤติกรรม และ Neuropsychiatric Outcomes
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรม RO โดยประเมินจาก คะแนน MMSE และ ADL หลังเข้าร่วมควรมีคะแนนสูงขึ้น - นำวัตถุประสงค์ของการจัด RO มาเป็นแนวในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสติปัญญาและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Predictors of Cognitive Improvement After Reality Orientation in Alzheimer's Disease**
ชื่อผู้แต่ง	**Zanetti, O. ; Oriani, M. ; Geroldi, C. ; Binetti, G. ; Frisoni B G. ; Giovanni D G. and Vreese P L.**
ปีที่พิมพ์	2002
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลย้อนหลังว่าลักษณะทางประชากรและลักษณะทางคลินิกแบบใดของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่สามารถทำนายผลการรับรู้ได้
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Quasi experiment - การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression Analysis) - วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) - T-Test
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 38 คนที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมตั้งแต่อาการน้อยจนถึงปานกลาง และเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความเป็นจริงอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 เดือนในแผนกอัลไซเมอร์ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (ก) ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรค AD (ข)มีการเสื่อมของการรับรู้ในระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยมีคะแนน MMSE ระหว่าง 14-25 คะแนน (ค) ไม่มีอาการทางพฤติกรรมที่สำคัญทางคลินิก ซึ่งรุนแรงพอที่จะขัดขวางการเข้าร่วมกิจกรรม RO (ง) สามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม RO ได้อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 เดือน
เครื่องมือที่ใช้	*เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง* ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันจะถูกจัดให้อยู่เป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 4 คน โดยจะพบกัน 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน การพบปะในแต่ละครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงภายใต้การดูแลของนักบำบัด RO จำนวน 2 คน วิธีการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง ประกอบด้วย การกระตุ้นความทรงจำของผู้ป่วยซ้ำ ๆเกี่ยวกับชีวประวัติส่วนตัวและความหมายของคำ

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้	หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ ความตั้งใจ ภาษาและการรับรู้ (Orientation) มีการกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและอภิปรายในประเด็นต่างๆ ก่อนเริ่มทำ RO ผู้ป่วยทั้งหมดจะต้องผ่านการประเมินต่าง ๆ ได้แก่ การทดสอบด้านการรับรู้ทั้งหมด (MMSE) กิจกรรมและเครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (ตามที่ได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเบื้องต้น) การประเมิน Direct Assessment of Functional Status (DAFS) ระดับความซึมเศร้า อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล* การทดสอบด้านการรับรู้ทั้งหมด (MMSE) กิจกรรมและเครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (ตามที่ได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเบื้องต้น) การประเมิน Direct Assessment of Functional Status (DAFS) ระดับความซึมเศร้า อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมโดยหลังจากโปรแกรม RO สิ้นสุดลงเป็นเวลาสองวัน คะแนน MMSE จะถูกทำซ้ำอีกครั้งเพื่อวัดความเปลี่ยนแปลงจากคะแนนเส้นฐาน
ผลการวิจัย	- โปรแกรมการรับรู้ความเป็นจริงทำให้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive Functioning) ของผู้สูงอายุดีขึ้น วัดโดย MMSE ตัวทำนายการตอบสนองของผู้ป่วย ต่อโปรแกรม RO ได้แก่ - คะแนน MMSE ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ที่มีคะแนนต่ำ จะมีการตอบสนองที่ดี - การไม่มีภาวะครึ้มใจมีการตอบสนองดี
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ 1. ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรค AD 2. มีการเสื่อมของการรับรู้ในระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยมีคะแนน MMSE ระหว่าง 14-25 คะแนน 3. ไม่มีอาการทางพฤติกรรมที่สำคัญทางคลินิก ซึ่งรุนแรงพอที่จะขัดขวางการเข้าร่วมกิจกรรม RO 4. สามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม RO ได้อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 เดือน

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- วิธีการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง 1. การจัดเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน 2. ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 เดือน 3. กิจกรรมประกอบด้วย การกระตุ้นความทรงจำของผู้ป่วยซ้ำ ๆ เกี่ยวกับชีวประวัติส่วนตัวและความหมายของคำหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ ความตั้งใจ ภาษา และการรับรู้ (Orientation) มีการกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ - การประเมินผล MMSE ภายหลังโปรแกรม RO 2 วัน

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Reality Orientation Therapy Combined with Cholinesterase Inhibitors in Alzheimer's Disease: Randomized Controlled Trial**
ชื่อผู้แต่ง	**Onder, G. ; Zanetti, O. ; Giacobini, E. ; Frisoni B G, ; Bartorelli, L. ; Carbone, G. ; Lambertucci, P. ; Silveri C M. and Bernabei, R.**
ปีที่พิมพ์	2005
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดระยะยาว (25 สัปดาห์) ด้วยการรับรู้ความเป็นจริงร่วมกับการใช้ยากลุ่ม Cholinesterase Inhibitors สำหรับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Randomized Control Trial - Fisher's Exact Test - ANOVA - Kruskal-Wallis Test - ANCOVA
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จำนวน 156 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 79 คน กลุ่มควบคุม 77 คน) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอาการและแนวโน้มที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ตามเกณฑ์ของ National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related
กลุ่มตัวอย่าง	Disorders Association (NINCDS-ADRA) โดยมีคะแนน MMSE ระหว่าง 14-27 คะแนน รวมทั้งไม่มีอาการตาบอดหรือพูดไม่ได้ และต้องได้รับการรักษาทางยาโดยใช้ Donepezil อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ CRONOS จะได้รับยา Donepezil เพื่อติดตามผลเป็นเวลาอย่างต่ำ 6 เดือนทั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 156 คนได้เข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2002 จนถึงเดือนสิงหาคม 2002 โดยถูกสุ่มในอัตรา 1:1 เพื่อรับการบำบัดที่บ้านตามโปรแกรมการรับรู้ความเป็นจริงโดยผู้ดูแล หรือไม่ต้องได้รับการรักษาเลย นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดยังถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้ขั้นตอนการสุ่มแบบบล็อกด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Block Randomization Process)
เครื่องมือที่ใช้	การประเมินของผู้ดูแลประกอบด้วยข้อมูลทางประชากร อารมณ์ ซึ่งวัดโดย Hamilton Rating Scales for Depression and Anxiety คุณภาพชีวิต และอุปสรรคในการดูแล

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย RO ร่วมกับยา มีคะแนน MMSE และคะแนนการรับรู้จาก Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognition สูงขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเฉพาะการบำบัดด้วยยามีคะแนนลดลง ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยและปานกลางได้ผลไม่ต่างกัน และการบำบัดด้วย RO ร่วมกับยาไม่มีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ 1. มีคะแนน MMSE ระหว่าง 14-27 คะแนน 2. ไม่มีอาการตาบอดหรือพูดไม่ได้ 3. ได้รับการรักษาทางยาโดยใช้ Donepezil อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน - วิธีการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง 1. ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 25 สัปดาห์ ติดต่อกัน โดยผู้ดูแลในศูนย์จะต้องผ่านการฝึกอบรมจากทีมที่ประกอบด้วย แพทย์ นักจิตวิทยา และนักบำบัด พร้อมทั้งคู่มือคำแนะนำในการบำบัดและกำหนดการเฉพาะสำหรับแต่ละกิจกรรม 2. แต่ละกิจกรรม ช่วงแรกของกิจกรรม เป็นการมุ่งไปยังการรับรู้ส่วนบุคคล เวลา สถานที่ และความสนใจทั่วไป เช่น เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ บุคคลที่มีชื่อเสียง ความสนใจ ความทรงจำ การออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ด้วยตัวเองหรืออาจใช้ตัวช่วยอย่างอื่นได้ เช่น ปฏิทิน นาฬิกา และบันทึกย่อ

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia: Cost-Effectiveness Analysis**
ชื่อผู้แต่ง	**Knapp, M. ; Thorgrimsen, L. ; Patel, A. ; Spector, A. ; Hallam, A. ; Woods, B. and Orrell, M.**
ปีที่พิมพ์	2006
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจสอบต้นทุน-ประสิทธิผล ของ โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้ (CST) สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	Randomized Control Trial - Bootstrap analysis - T-Test - ANCOVA
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจำนวน 91 คนที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ภายใต้การดูแลในชุมชนหรือที่บ้าน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (ก) ตรงตามเกณฑ์ DSM-IV ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคสมองเสื่อม (ข) ได้คะแนน MMSE ระหว่าง 10-24 คะแนน (ค) สามารถพูดคุยและเข้าใจการสื่อสารได้รู้เรื่อง (ง) สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมการประเมินได้ (จ) ไม่แสดงอาการใด ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ เช่น ขาดสมาธิตลอดเวลา ชอบตะโกน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น (ช) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้หรือภาวะซึมเศร้าในทางคลินิกที่อาจทำให้การประเมินเกิดความยากลำบาก
เครื่องมือที่ใช้	*เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง* กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดด้วย CST แบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ที่ห้องเดิม เวลาเดิม โดยผู้ป่วยจำนวน 70 คนที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมจะได้รับการรักษาตามปกติ ทั้งนี้ จะมีการบันทึกไว้ตลอด 8 สัปดาห์ก่อนและระหว่าง 8 สัปดาห์ของการทดลองเพื่อคำนวณหาต้นทุน *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล* MMSE (Mini Mental State Examination) ใช้วัดการรับรู้ (Cognitive)

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้	- ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive)ใช้วัดการรับรู้ (Cognitive) - Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) ใช้วัดคุณภาพของชีวิต (Quality of Life)
ผลการวิจัย	การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้มีประโยชน์ต่อการรับรู้และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม ซึ่งต้นทุนระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ไม่มีความแตกต่างกันแต่อย่างใด ทั้งนี้ ภายใต้การสันนิษฐานที่เป็นเหตุเป็นผลพบว่า มีความเป็นไปได้สูงที่ CST จะมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าการรักษาแบบปกติ อย่างไรก็ดี ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมโปรแกรม CST อยู่ที่ 11.6 กิจกรรม (s.d. = 3.2; range 2-14) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเข้าร่วมประมาณ 7 กิจกรรม หรือมากกว่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่ามีพัฒนาการของการรับรู้ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง (+1.14, s.d. = 0.09, $P<0.05$), ADAS-Cog (-2.37, s.d. = 0.87, $P<0.01$) และ QoL-AD (+1.64, s.d. = 0.78, $P<0.05$) อีกทั้งค่าบริการในโรงพยาบาลยังต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($P=0.037$)
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ 1. ตรงตามเกณฑ์ DSM-IV ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคสมองเสื่อม 2. ได้คะแนน MMSE ระหว่าง 10-24 คะแนน 3. สามารถพูดคุยและเข้าใจการสื่อสารได้รู้เรื่อง 4. สามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอที่จะเข้าร่วมการประเมินได้ 5. ไม่แสดงอาการใด ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ เช่น ขาดสมาธิตลอดเวลา ชอบตะโกน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น 6. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้หรือภาวะซึมเศร้าในทางคลินิกที่อาจทำให้การประเมินเกิดความยากลำบาก - วิธีการกระตุ้นการรับรู้ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มละ 5 คน 2. ร่วมกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ที่ห้องเดิม เวลาเดิม

หัวข้อเรื่อง	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543**
ชื่อผู้แต่ง	**สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**
ปีที่พิมพ์	2543
วัตถุประสงค์	1. เพื่อจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2. เพื่อประเมินคุณภาพของแบบทดสอบ MMSE-Thai 3. เพื่อหาจุดตัด (Cut off Point)ของคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทย
ระเบียบวิธีวิจัย/สถิติ	- SPSS
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 734 คน (จาก 4 ภาค 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดราชบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา)
เครื่องมือที่ใช้	- ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ - แบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า - แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai)
ผลการวิจัย	การศึกษาครั้งนี่ พบว่าแบบทดสอบ MMSE-Thai จุดตัด (Cut off Point) สำหรับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา อยู่ที่คะแนน $\leq$ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนจุดตัดสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ที่ $\leq$ 14 และ $\leq$ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 และ 30 คะแนนตามลำดับ
ส่วนสกัดเพื่อนำไปใช้	- เกณฑ์ในการแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการทำแบบทดสอบ MMSE-Thai โดยแบ่งคะแนนดังนี้ 1. ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) คะแนน MMSE-Thai $\leq$ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน 2. ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนน MMSE-Thai $\leq$ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 3. ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนน MMSE-Thai $\leq$ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ชื่อเรื่อง : แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia)

ผู้แต่ง : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และชมรมโรคสมองเสื่อมไทย สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

ปีที่พิมพ์ : ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 1)

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและการดูแลการรักษาอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศเทียบเท่าหรือใกล้เคียงมาตรฐานสากล

ส่วนสกัดที่นำมาใช้ : การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 1) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ ได้แก่ CBC Electrolyte BUN Creatinine FBS ALT TSH มาประยุกต์ใช้ในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 3)

ชื่อเรื่อง : คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้แต่ง : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2548

วัตถุประสงค์ : เพื่อนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรทางสาธารณสุขในหน่วยบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนในการให้คะแนะนำ คัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนสกัดที่นำมาใช้ : นำแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม และเพื่อเป็นข้อมูลในการคัดกรองผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 3)

ผนวก ข

เอกสารหมายเลข 1 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับญาติหรือผู้ดูแล)

(ดัดแปลงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. 2551)

แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับญาติหรือผู้ดูแล)

คำชี้แจง ให้ X ลงใน ( ) โดยประเมินจากอาการของผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	**มี (ใช่)**	**ไม่มี (ไม่ใช่)**
1. ชอบถามคำถามเดิมซ้ำๆ	( )	( )
2. หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหายุ่งยากเรื่องความจำระยะสั้น	( )	( )
3. ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จำเป็น	( )	( )
4. ลืมวันนัด ลืมโอกาสที่สำคัญของครอบครัว เช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน หรือวันหยุดพิเศษ	( )	( )
5. ดูซึมลง เศร้าหมอง หรือร้องไห้บ่อยกว่าเดิม	( )	( )
6. เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน หรือลำบากมากขึ้นในการดูแลจัดการเรื่องเงินทอง	( )	( )
7. ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เช่น งานอดิเรกที่เคยทำ กิจกรรมสังคมที่เคยไป	( )	( )
8. เริ่มต้องมีคนคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร	( )	( )
9. หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น ช่างสงสัย เริ่มเห็น ได้ยิน เชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง	( )	( )
10. เริ่มมีปัญหาเรื่องทิศทาง เช่น ขับรถ/เดินหลงทางบ่อย	( )	( )
11. มีความยุ่งยาก ลำบากในการหาคำพูดที่ต้องการจะพูด เรียกชื่อคน สิ่งของไม่ถูก พูดไม่จบประโยค	( )	( )

คะแนนรวม ..... คะแนน

เอกสารหมายเลข 1 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับญาติหรือผู้ดูแล)

<u>หมายเหตุ</u>

- เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม

  ถ้าญาติ/ผู้ดูแล ตอบว่า มี (ใช่) = 1 คะแนน

  ถ้าญาติ/ผู้ดูแล ตอบว่า ไม่มี (ไม่ใช่) = 0 คะแนน

- คนปกติ คะแนนรวม $\leq$ 4 คะแนน
- ผู้ที่อยู่ในข่ายสงสัยภาวะสมองเสื่อม คะแนนรวม > 4 คะแนน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

เอกสารหมายเลข 2 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ให้ X บนตัวเลขในแต่ละข้อ โดยประเมินจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน

1. การรับประทานอาหาร (เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - 0 หมายถึง ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - 1 หมายถึง ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
   - 2 หมายถึง ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
   - 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ
   - 1 หมายถึง ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกนั่งจากที่นอน (หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
   - 0 หมายถึง ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
   - 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
   - 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
   - 3 หมายถึง ทำได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา
   - 0 หมายถึง ช่วยตัวเองไม่ได้
   - 1 หมายถึง ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
   - 2 หมายถึง ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอด ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

เอกสารหมายเลข 2 (ต่อ) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel ADL Index)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0 หมายถึง เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้

1 หมายถึง ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

2 หมายถึง เดินหรือเคลื่อนที่โดยไม่มีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจ ดูแล เพื่อความปลอดภัย

3 หมายถึง เดินหรือเคลื่อนที่ได้

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0 หมายถึง ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

1 หมายถึง ช่วยตัวเองได้ ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 หมายถึง ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0 หมายถึง ไม่สามารถทำได้

1 หมายถึง ต้องการคนช่วย

2 หมายถึง ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

0 หมายถึง ต้องมีคนช่วย หรือทำให้

1 หมายถึง อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 หมายถึง กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 หมายถึง กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 หมายถึง กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 หมายถึง กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2 หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ

เอกสารหมายเลข 2 (ต่อ) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel ADL Index)

คะแนนรวม..... คะแนน

<u>หมายเหตุ</u>

0 – 4 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั้งหมด

5 – 8 หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก

9 –11 หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง

12+ หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

เอกสารหมายเลข 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ X ลงใน □ โดยการซักประวัติจากผู้สูงอายุหรือจากญาติ/ผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

วันที่เข้าพักอาศัย.....HN……AN……

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เพศ □ ชาย □ หญิง

ระดับการศึกษา □ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)

□ ประถมศึกษา

□ สูงกว่าประถมศึกษา

กรณีฉุกเฉินติดต่อ

1.ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เอกสารหมายเลข 3 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ X ลงใน □ โดยการซักประวัติจากผู้สูงอายุหรือจากญาติ/ผู้ดูแล

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก(กิโลกรัม) / ส่วนสูง(เมตร)^2 = ...กิโลกรัม/เมตร^2

□ น้ำหนักปกติ (BMI = 18.5 – 24.9กิโลกรัม/เมตร^2) □ ผอม (BMI < 18.5 กิโลกรัม/เมตร^2)

□ น้ำหนักเกิน (BMI = 25.0 – 29.9กิโลกรัม/เมตร^2) □ โรคอ้วน (BMI = $\geq$ 30 กิโลกรัม/เมตร^2)

3. อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที

4. โรคประจำตัว

□ ไม่มีโรค □ มีโรค ระบุโรค.....

5. การใช้ยารับประทานประจำ

□ ไม่มี □ มี ระบุชื่อยา.....

6. สูบบุหรี่

□ ไม่เคยสูบ

□ เคยสูบ.....มวน/วัน เป็นเวลา.....ปี เลิกมา.....ปี

□ ปัจจุบันสูบเป็นบางครั้ง.....มวน/วัน

□ ปัจจุบันสูบทุกวัน.....มวน/วัน

เอกสารหมายเลข 3 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

7. ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มบางครั้ง ☐ ดื่มทุกวัน.....แก้ว/วัน

8. การได้ยิน

☐ ปกติ

☐ หูตึง

O ใช้เครื่องช่วยฟัง O ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง

☐ อื่นๆ.....

9. การมองเห็น

☐ มองเห็นชัดเจน

☐ มองเห็นไม่ชัด

☐ มองไม่เห็น

10. การพูด

☐ พูดได้ปกติ ☐ พูดโดยไม่มีความหมาย ☐ พูดไม่ได้

11. ความเข้าใจในการฟัง

☐ ฟังรู้เรื่องดี/พอรู้เรื่อง ☐ ฟังไม่รู้เรื่อง

12. สภาวะทางจิตใจ

☐ ปกติ ☐ กระวนกระวายอยู่ไม่สุข ☐ ก้าวร้าว

☐ ซึมเศร้า (เช่น รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ รู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่อยากสุงสิงกับใคร รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง รู้สึกเบื่ออาหารกินได้น้อยกว่าเดิม นอนหลับไม่สนิท เป็นต้น)

เอกสารหมายเลข 3 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

13. ภาวะปัญญาอ่อน

☐ ไม่มี ☐ มี

14. ความพิการ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

เอกสารหมายเลข 3 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. CBC (Complete Blood Count)

- WBC count .....Cells/mm^3 (ค่าปกติ 5,000 – 10,000)
- Hemoglobin (Hb) .....g/dl (ค่าปกติ Male = 13 – 18 , Female 12 - 16)
- Hematocret (Hct).....% (ค่าปกติ Male = 35 - 49 , Female 32 - 42)
- RBC count .....Mcells/mm^3 (ค่าปกติ Male = 4.7 – 6.1 , Female 4.2 – 5.4)
- MCV.....fl (ค่าปกติ Male = 82.2 – 99.5 , Female 80.0 – 94.5)
- MCH.....pg (ค่าปกติ 26.5 – 31.2)
- MCHC.....g/dl (ค่าปกติ 31.8 – 36.4)
- Platelet count..... Cells/mm^3 (ค่าปกติ 150,000 – 400,000)
- PMN..... % (ค่าปกติ 55 – 75)
- Lymphocyte..... % (ค่าปกติ20– 35)
- Monocyte..... % (ค่าปกติ 2 – 6)
- Eosinophil..... % (ค่าปกติ 1 – 3)
- RBC morphology.....(ปกติ NORMAL)
- Other.....

2. ELECTROLYTE

- Sodium..... mEq/L (ค่าปกติ 135 – 150)
- Potassium..... mEq/L(ค่าปกติ 3.5 – 5.5)
- Chloride..... mEq/L(ค่าปกติ 95 – 110)
- Total CO_2..... mEq/L (ค่าปกติ 22 – 30)

3. BUN .....mg/dl (ค่าปกติ 5 – 25) Creatinine..... mg/dl (ค่าปกติ 0.5 – 1.5)

เอกสารหมายเลข 3 (ต่อ) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. FBS ..... mg/dl (ค่าปกติ 70 – 100)

5. ALT (SGPT)..... U/L (ค่าปกติ 10 – 40)

6. TSH..... uIU/mL (ค่าปกติ 0.35 – 4.94)

สรุปภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีความพิการถาวร ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ได้แก่

- ผู้สูงอายุที่มีความพิการ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว
- หูตึง (ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง)
- พูดไม่ได้/พูดไม่มีความหมาย
- ฟังไม่รู้เรื่อง
- มีภาวะปัญญาอ่อน
- คะแนน ADL ตั้งแต่ 0-8 คะแนน

กลุ่มที่ 2 มีความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจที่อาจรักษาได้ โดยส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุ ได้แก่

- มีไข้
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ
- ซึมเศร้า
- กระวนกระวายอยู่ไม่สุข
- ก้าวร้าว
- คะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม >4 คะแนน

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ตรวจไม่พบความพิการและความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีคะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ≤4 คะแนน

เอกสารหมายเลข 4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai)

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai)

คำชี้แจง ให้ เขียนคำตอบของผู้สูงอายุลงในช่องว่างแต่ละข้อ (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4 , 9 , 10)

1.**Orientation for time** (5 คะแนน)	ถูก	ผิด	คำตอบผู้ถูกทดสอบ
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	❍	❍	.....
1.2 วันนี้อะไร	❍	❍	.....
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	❍	❍	.....
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	❍	❍	.....
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	❍	❍	.....

2.**Orientation for place** (5 คะแนน)	ถูก	ผิด	คำตอบผู้ถูกทดสอบ
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า และ...ชื่อว่าอะไร	❍	❍	.....
2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	❍	❍	.....
2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	❍	❍	.....
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	❍	❍	.....
2.5 ที่นี่ภาคอะไร	❍	❍	.....

3. **Registration** (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณ (ตา ยาย.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ (การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป)

❍ ดอกไม้ ❍ แม่น้ำ ❍รถไฟ .....

เอกสารหมายเลข 4 (ต่อ) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(MMSE – Thai)

4. **Attention/Calculation** (5 คะแนน)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา ยาย ...) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไม่เรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา"

....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณฟัง แล้วให้คุณสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณสะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ"

....

ว า น ะ ม

5. **Recall** (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง"

❍ ดอกไม้ ❍ แม่น้ำ ❍ รถไฟ .....

6. **Naming** (2 คะแนน) ถูก ผิด คำตอบผู้ถูกทดสอบ

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ❍ ❍ .....

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ❍ ❍ .....

7. **Repetition** (1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณพูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ❍ ❍ .....

เอกสารหมายเลข 4 (ต่อ) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(MMSE – Thai)

	ถูก	ผิด	คำตอบผู้ถูกทดสอบ
8. **Verbal command** (3 คะแนน)			
"ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้			
แล้วให้คุณรับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง			รับด้วยมือขวา
แล้ววางไว้ที่....." (พื้น โต๊ะ เตียง) ผู้ทดสอบแสดง	❍	❍	.....
กระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ4 ไม่มีรอยพับ			พับครึ่ง
ให้ผู้ถูกทดสอบ	❍	❍	.....
			วางไว้ที่....(พื้นที่ โต๊ะ เตียง)
	❍	❍	.....
9. **Written command** (1 คะแนน)			
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณอ่าน			
แล้วทำตาม (คุณจะอ่านเสียงหรืออ่านในใจก็ได้)			
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"			
หลับตาได้	❍	❍	.....
10. **Writing** (1 คะแนน)			
ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง			
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค"			.....
ประโยคมีความหมาย	❍	❍	

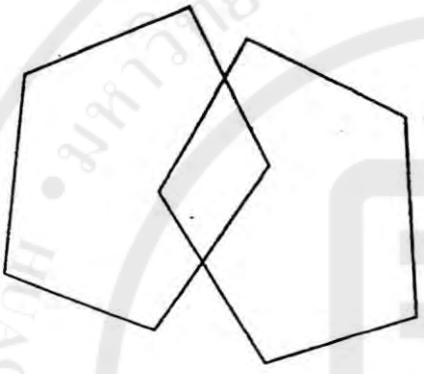
เอกสารหมายเลข 4 (ต่อ) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(MMSE – Thai)

11. **Visuoconstruction** (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง (ตามรูปด้านล่างนี้)"

(ให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพลงในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



ถูก ผิด คำตอบผู้ถูกทดสอบ

○ ○

.....

คะแนนรวม.....

คะแนนเต็ม (คะแนน)	ผู้สูงอายุปกติ (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเริ่มต้น-ปานกลาง (คะแนน)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (คะแนน)
23 (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	>14	15 – 19	8 – 14	0 – 7
30 (ประถมศึกษา)	>17	18 – 22	9 – 17	0 – 8
30 (สูงกว่าประถมศึกษา)	>22	23 - 27	14 - 22	0 - 13

เอกสารหมายเลข 4 (ต่อ) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(MMSE – Thai)

คู่มือ

แบบทดสอบสภาพเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

Mini-Mental State Examination-Thai (MMSE-Thai)

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
1. Orientation for time ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบันหรือไม่โดยมีคำถาม 5 ข้อ	1.1วันนี้วันที่เท่าไร	1.1 วันที่ตามปฏิทินสากลหรือตามปีจันทร-คติ (ถ้าไม่ตอบเป็นวันที่ ตัวเลข ไม่ได้คะแนน) ยกตัวอย่างวันที่ 7 หรือ ขึ้น 12 ค่ำ (1 คะแนน)	1.1 สิ่งที่ต้องเตรียมคือคำตอบของวันที่ เดือน ปีทางสากลและ จันทรคติ
	1.2 วันนี้วันอะไร	1.2 วันในระบบสากล เช่น วันจันทร์ - อาทิตย์ วันในระบบจันทรคติ เช่น วันพระ วันโกน(คำตอบข้อนี้ต้องเป็น วัน เท่านั้น) (1 คะแนน)	1.2 ทางภาคเหนือวันพระเรียกวันศีล วันเดือนดับ (วันพระแรม 14 หรือ 15 ค่ำ)
	1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	1.3 เดือนตามปีปฏิทินสากล (มกราคม - ธันวาคม) หรือเดือนทางจันทรคติ (เดือนอ้าย - เดือน 12) (คำตอบต้องเป็น เดือนเท่านั้น) (1 คะแนน)	1.3 เดือนทางภาคเหนือเร็วกว่าเดินทางจันทรคติ 1 - 2 เดือน
	1.4 ปีนี้ปีอะไร	1.4 ปีตามปฏิทินสากล เช่น พ.ศ. 2541 หรือ ค.ศ. 1998 หรือปีนักษัตร (ชวด-กุน) (คำตอบต้องเป็น ปี เท่านั้น) (1 คะแนน)	1.4 ปีนักษัตรเปลี่ยนใหม่ทุกวันสงกรานต์ของทุกปี

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
2. Orientation for Place ต้องการทดสอบว่าผู้ทดสอบรู้ว่าอยู่ ณ ตำแหน่งไหนบนผิวโลกในขณะที่กำลังทดสอบโดยใช้คำถาม 5 ข้อ	1.5 ฤดูนี้อะไร	1.5 ฤดูตามปกติ เช่น ร้อนฝน หนาว หรือปลายหนาวต้นร้อน หรือฤดูแล้ง (1 คะแนน)	1.5 ในภาคใต้มี 2 ฤดูคือ ฤดูฝนและฤดูร้อน
	2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ...ชื่อว่าอะไร	2.1.1 ชื่อสถานที่ และชื่อเฉพาะของสถานที่ที่มารับการรักษา (คำตอบคือชื่อและชื่อเฉพาะของสถานที่) (1 คะแนน)	2.1.1 ถ้าตอบว่า ร.พ. ให้ถามว่า ร.พ. อะไร เช่น ร.พ. บ้านนา
	2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	2.1.2 ระบุเป็นตัวเลขชั้นของอาคารที่อยู่ขณะทำการทดสอบ (คำตอบต้องเป็นตัวเลขชั้นของตัวอาคาร) (1 คะแนน)	2.1.2 กรณีมี 2 ชั้น ให้ระบุชั้นบนชั้นล่างได้
	2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร	2.1.3 ชื่ออำเภอ ที่ถูกต้องในปัจจุบัน หรือเขตใกล้เคียงเฉพาะในกรุงเทพฯ (คำตอบต้องเป็นชื่ออำเภอหรือเขต)	2.1.3 กรณีในกรุงเทพมหานครให้ถามคำว่าเขตแทนคำว่าอำเภอและคำตอบเป็นชื่อเขตที่ถูกต้องในปัจจุบันหรือเขต

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
3. Registration ต้องการทดสอบการบันทึกความจำ โดยให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่มี 2 พยางค์ เป็นวัตถุที่มองเห็นได้ และไม่เกี่ยวเนื่องหรือคล้องจองกัน โดยให้ทดสอบพูดชื่อสิ่งของ 3 อย่าง และให้ผู้ถูกทดสอบพูดตาม	3. ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง จะบอกครั้งเดียวให้ทบทวนพูดตามที่คุณ (ตา ยาย.....) ได้ยินเมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบแล้วผม (ดิฉัน) จะกลับมาถามซ้ำอีกครั้ง ขอย้ำอีกครั้งว บอกเพียงครั้งเดียว ฟังนะ ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ (ในกรณีทำการทดสอบ ครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า ต้นไม้ ทะเล รถยนต์ แทน)	3. ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ (คำละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน) (คำตอบต้องเป็นคำที่บอกไปคิดคะแนนเฉพาะครั้งแรกที่ตอบเท่านั้น	3. ผู้ทดสอบพูดช้า ชัดเจน เว้น จังหวะคำละ 1 วินาที โดยพูดรอบเดียว- ถ้าผู้ถูกทดสอบนิ่งไม่ตอบให้กระตุ้นโดยใช้คำพูดว่า “ลองนึกดูซิว่าเมื่อตะกี้ผม (ดิฉัน) บอกให้จำชื่อของอะไร” ห้ามชี้นำ รอคำตอบ 30 วินาที - ผู้ทดสอบเลือกใช้ข้อคำถามชุดใดชุดหนึ่ง - คิดคะแนนเฉพาะรอบแรกที่ผู้ถูกทดสอบพูด -กรณีตอบไม่ครบให้ทวนคำตอบ 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้ถูกทดสอบจำได้แต่ไม่นำมาคิดคะแนน - กำชับผู้ถูกทดสอบไม่ให้ไปบอกคนอื่นที่จะทำแบบทดสอบต่อไป

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
4. Attention / Calculation ต้องการทดสอบสมาธิของผู้ถูกทดสอบโดย 4.1 ให้ผู้ทดสอบลบเลขในใจจาก 100-7 ซ้ำไปเรื่อย ๆ 5 ครั้ง	4.1 ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิคุณ (ตา ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา (เมื่อครบ 5 ครั้ง ผู้ทดสอบ จะหยุดการทดสอบ) ผู้ถูกทดสอบบางคนอาจเข้าใจคำสั่งไม่ชัดเจนและบอกผลลัพธ์ไม่ครบ 5 ครั้ง (จำเป็นจะ)ต้องกระตุ้นด้วยคำพูดที่ว่า “ลบอีก 7 เหลือเท่าไร” บอกไปเรื่อยๆ จนครบ 5 ครั้ง โดยไม่มีการทวนผลลัพธ์/คำตอบยกตัวอย่าง เช่น “100-7 เหลือ 93”	4.1 ผลลัพธ์ของ 100-7 ต่อเนื่องกัน 5 ครั้ง ครั้งที่ลบจะได้ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 5 คะแนน (5 คะแนน)	4.1 ให้ผู้ทดสอบบันทึกคำตอบทั้งหมดลงไปโดยไม่ต้องคิดคะแนน - ตัวอย่างการให้คะแนน 100-7 = 92 = 0 คะแนน 92-7 = 85 = 1 คะแนน 85-7 = 78 1 คะแนน 78-7 = 72 = 0 คะแนน 72 – 7 65 = 1 คะแนน (ข้อละ 1 คะแนน รวม 5 คะแนน) - ผู้ทดสอบกระตุ้นคะยั้นคะยอให้ตอบ เช่น ผู้ถูกทดสอบบอกว่า 93 ผู้ทดสอบพูดว่าลบด้วย 7 อีกได้แต่ห้ามชี้นำโดยช่วยตั้งโจทย์ เช่น เมื่อกี้ 87 เอาออกอีก 7 จะเหลือเท่าไร ถ้าใช้วิธีต่อไปนี้จะไม่มีคะแนนให้เฉพาะคำตอบนั้น 1) ถ้าใช้วิธีนับนิ้ว 2) ถ้าใช้วิธีจดหรือเขียนบนฝ่ามือ

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
4.2 ให้สะกดคำว่า “ม-ะ-น-า-ว” จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก	ต้องกระตุ้นว่า “ลบอีก 7 เหลือเท่าไร” ไม่ใช่ทวนผลลัพธ์ว่า “93-7 เหลือเท่าไร” บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้งทั้งคำตอบที่ถูกและผิด ลบทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1 , 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ ก็ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2 4.2 ว-า-น-ะ-ม (5 คะแนน)	- คำตอบถูกต้อง ได้ 5 คะแนน - ขาดหายไปแต่ละตัวอักษร เสียตัวอักษรละ 1 คะแนน - สลับตัวอักษรแบบติดกัน เสียคู่ละ 1 คะแนน - ใส่ตัวอักษรตัวอื่นๆเข้าไป เสียตัวละ 1 คะแนน	4.2 ให้ทวนคำถามได้ถ้าจำเป็น แต่ห้ามทวนให้อีกเมื่อผู้ถูกทดสอบเริ่มสะกดไปแล้ว ให้ผู้ทดสอบจดคำตอบที่ผู้ถูกทดสอบตอบตามลำดับในช่องว่าง

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
5. Recall ต้องการทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่ถูกบันทึกไว้จากข้อ 3 โดยให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อ 3	5. "เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" ผู้ทดสอบสามารถกระตุ้นโดยพูดว่า "จำได้ไหมลองนึกดูซิ" ห้ามชี้นำหรือบอกเป็นนัย ให้เวลานึก 30 วินาที	- ดอกไม้ (1 คะแนน) - แม่น้ำ (1 คะแนน) - รถไฟ (1 คะแนน)	5. กรณีผู้ถูกทดสอบถามว่าคำตอบที่ตอบนั้นถูกหรือผิด ถ้ายังไม่ครบ 3 อย่าง กระตุ้นให้ตอบให้ครบก่อน แล้วจึงตอบตามความเป็นจริง- คำตอบไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับ ถ้าตอบเกินจำนวน 3 อย่าง ให้ย้ำว่าชอบตอบใหม่อีกครั้ง บอกเพียง 3 อย่าง
6. Naming ต้องการทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่เห็นได้อย่างถูกต้องโดยแสดงนาฬิกาข้อมือ และดินสอ	6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "นี่อะไร" 6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "นี่อะไร"	6.1 ดินสอ (ต้องตอบว่าดินสอ) (1 คะแนน) 6.2 นาฬิกา (ต้องตอบว่านาฬิกาหรือนาฬิกาข้อมือ) (1 คะแนน)	6. ไม่ให้ผู้ถูกทดสอบจับดินสอหรือนาฬิกาข้อมือที่ให้ดู - ถ้าตอบเป็นภาษาท้องถิ่นที่มีความหมายว่าดินสอหรือนาฬิกา ได้คะแนน ตัวอย่างเช่น ภาษาเหนือเรียกดินสอ ว่า ปิ๊ด - คำตอบของดินสอ ถ้าตอบว่าใช้เขียนไม่ได้คะแนน - คำตอบของนาฬิกาถ้าตอบว่าใช้ดูเวลา ไม่ได้คะแนน - ต้องจดบันทึกคำตอบทุกครั้ง

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
7. .Repetition ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบพูดซ้ำคำที่ได้ยินอย่างถูกต้อง โดยให้ผู้ถูกทดสอบฟังประโยคที่แปลงจากสำนวนหรือข้อความที่ใช้กันจนเคยชิน แต่สอดแทรกคำบางคำไปโดยไม่เปลี่ยนแปลงความหมายเดิม "ใครใคร่ขายไก่ไข่ซึ่งเป็นสำนวนที่เทียบเคียงกับ No its, ands, or buts โดยให้ผู้ถูกทดสอบพูดตาม	7. "ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน)นะเมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณพูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว" "ใครใคร่ขายไก่ไข่"	7. "ใครใคร่ขายไก่ไข่" (ผิด1 คำหรือสลับที่จะไม่ได้คะแนน) (1 คะแนน)	- "ใครใคร่ขายไก่ไข่" เป็นข้อความที่ได้รับคำแนะนำจาก ผศ.บุญจิรา ถึงสุข ภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ใช้เป็นสำนวนเทียบเคียงกับ No ifs, ands, or buts ในกรณีที่พบคำตอบต่อไปนี้ไม่ได้คะแนน 1. สลับที่ "ใครใคร่ขายไข่ไก่" 2. คำตอบไม่ครบ "ใครขายไข่ไก่"
8. Verbal Command ต้องการทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่งได้อย่างถูกต้องโดยให้ทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน	8. "ฟังดี ๆ นะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณรับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่...(พื้น โต๊ะ เตียง) " ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ไม่มีรอยพับขนาดประมาณ เอ-4 ให้ผู้ถูกทดสอบ	8. ผู้ถูกทดสอบต้องทำให้ครบ 3 ขั้นตอน 8.1 หยิบกระดาษด้วยมือขวาเท่านั้น 8.2 พับกระดาษด้วยมือทั้ง 2 ข้างเท่านั้น 8.3 วางลบบนตำแหน่งที่กำหนด (พื้นที่โต๊ะ เตียง) (3 คะแนน)	- ผู้ทดสอบยื่นกระดาษให้เมื่อพูดประโยคคำสั่งจบ บอกเพียงครั้งเดียวช้าๆ - สิ่งที่ต้องเตรียมกระดาษเปล่าที่ไม่มีรอยพับขนาดประมาณ เอ-4 ทำครบ 3 ขั้นตอนได้ 3 คะแนน ขั้นตอน ละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน - ไม่จำเป็นต้องพับกระดาษครึ่ง พอดีและพับครึ่งเพียง 1 ครั้ง

หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
9. Written Command ต้องการทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้อย่างถูกต้อง โดยให้ผู้ถูกทดสอบอ่านและทำตามคำที่กำหนด	9. ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือต้องการให้คุณอ่านแล้วทำตาม (คุณจะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"	9. ผู้ถูกทดสอบสามารถแสดงอาการ "หลับตา" ได้ เมื่อเห็นข้อความนั้น (1 คะแนน)	- ห้ามทวนคำสั่ง ถ้าทำหรือจำไม่ได้ขั้นตอนนั้นไม่ได้คะแนน - ถ้าผู้ถูกทดสอบอ่านแต่ยังไม่ทำตามให้กระตุ้นโดยผู้ซ้ำว่า "ทำตามซิ"
10. Writing ต้องการทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมายของผู้ถูกทดสอบ	10.ข้อนี้เป็นคำสั่งให้คุณ "เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค	10. ประโยคที่เขียนต้องมีความหมาย (1 คะแนน)	-ประโยคต้องมีประธาน กริยา กรรม อ่านแล้วเข้าใจ หรือเป็นประโยคที่ละประธานไว้ในฐานที่เข้าใจ อ่าน แล้วมีความหมาย เช่น ช่วยด้วย ไปให้พ้น ไปแล้ว มานี่ ประโยคยาวสั้นสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ไม่สำคัญๆ ที่ความหมายตัวประโยคที่ได้คะแนน เช่น "ฉันกำลังทำแบบทดสอบ"ห้องนี้อากาศเย็นมาก" "ฉันเบื่อ" "ง่วงนอน" ตัวอย่างประโยคที่ไม่ได้คะแนน เช่น "สมุดบันทึก" "พี่สาว" - คำในประโยคสามารถสะกดผิดได้

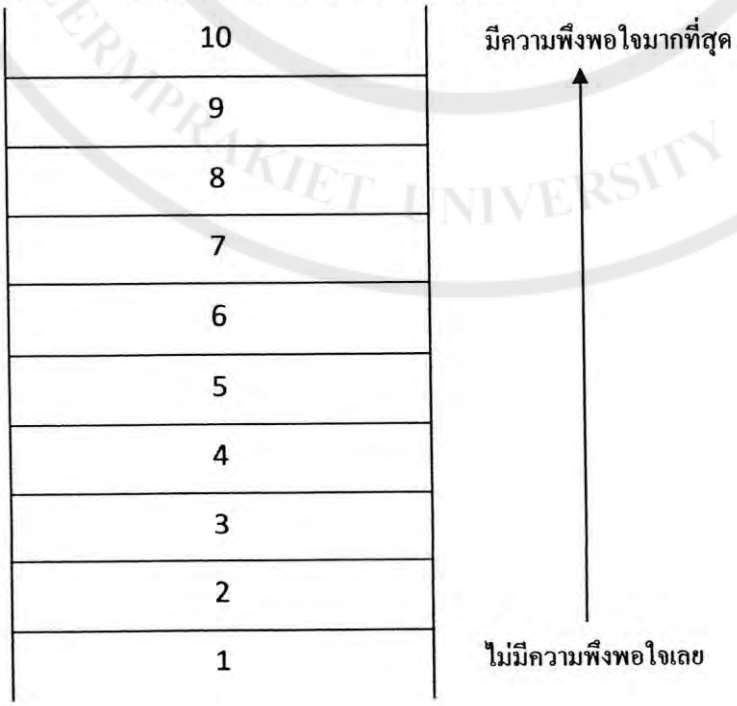
หัวข้อ/จุดประสงค์ (แก่นหรือหัวใจของการทดสอบ)	คู่มือปฏิบัติการ	คำตอบ	หมายเหตุ
11. Visuoconstruction ต้องการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือโดยการวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง	11. ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”(ตามรูปด้านล่าง)	11. ผู้ถูกทดสอบสามารถวาดรูปห้าเหลี่ยมทั้ง 2 รูปด้านในตัดกันเป็นรูปสี่เหลี่ยมตามตัวอย่าง (1 คะแนน) รวม 30 คะแนน	- รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุมตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านใน ทำตามทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน

เอกสารหมายเลข 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการทราบระดับความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน **(โดยวงกลม O รอบตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น)**

1. **ท่านมีความสุขในชีวิตมากน้อยแค่ไหน**

2. **ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านมากน้อยแค่ไหน**



เอกสารหมายเลข 6 กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

คำชี้แจง วิธีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด มีดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มด้วย RO board ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่

2. ออกกำลังกายเล็ก ๆน้อย ๆ

3. ให้กลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรม โดยนักกิจกรรมบำบัด/พยาบาลอธิบายวิธีการของกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทราบ และดำเนินกิจกรรมตามรายละเอียดของกิจกรรมนั้น ๆ

กิจกรรมทั้งหมดมี 12 กิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งทำหนึ่งกิจกรรม โดยแบ่งการทำกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 1 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพสัตว์)
	กิจกรรมที่ 2 เล่าชีวประวัติ
	กิจกรรมที่ 3 จำและแยกสิ่งของ
สัปดาห์ที่ 2	กิจกรรมที่ 4 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพผลไม้)
	กิจกรรมที่ 5 ลากเส้นระบายสี
	กิจกรรมที่ 6 จำตัวเลข
สัปดาห์ที่ 3	กิจกรรมที่ 7 สัมผัสและแยกสิ่งของ
	กิจกรรมที่ 8 ชิม-ดม-สัมผัส
	กิจกรรมที่ 9 บวก ลบตัวเลข
สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมที่ 10 ฟังเสียง
	กิจกรรมที่ 11 อาหารจานโปรด
	กิจกรรมที่ 12 โดมิโนรูปภาพ

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมให้นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาล ประเมินความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด (รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 7 ในภาคผนวก ข.)

เอกสารหมายเลข 6 (ต่อ) กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 1 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพสัตว์)

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ และการโต้ตอบ

อุปกรณ์ แผ่นภาพรูปสัตว์ 10 ภาพ

วิธีปฏิบัติ เปิดแผ่นภาพรูปสัตว์ทีละ 1 ภาพ แต่ละภาพใช้เวลา 2-3 นาที ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อว่าเป็นสัตว์ชนิดใด และให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะของสัตว์ชนิดนั้น เช่น เสือ เป็นสัตว์ป่า นิสัยดุร้าย มีฟันแหลมคม เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 เล่าชีวประวัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ และการโต้ตอบ

อุปกรณ์ -

วิธีปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านเล่าชีวประวัติของตนเอง เกี่ยวกับ อาชีพ สิ่งที่ตนภูมิใจ ครอบครัว เป็นต้น ใช้เวลาท่านละ 5 นาที โดยมีนักกิจกรรมบำบัด/พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้น และคอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 จำและแยกสิ่งของ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ, การจัดหมวดหมู่,การฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ

อุปกรณ์ - กล่อง 1 ใบ

- สิ่งของต่างๆ 15 ชิ้น เช่น สบู่ แปรงสีฟัน หวี กระจก ผักและผลไม้ปลอม ได้แก่ แครอท หัวไชเท้า มะเขือเทศ มะนาว กล้วย มังคุด ส้ม มะม่วง องุ่น เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ หยิบสิ่งของจากกล่องขึ้นมาวางบนโต๊ะครั้งละ 3 - 5 ชิ้น ให้ผู้สูงอายุจำสิ่งของบนโต๊ะนาน 1 นาที จากนั้นนำผ้ามาคลุมสิ่งของแล้วให้ผู้สูงอายุบอกว่าสิ่งของมีอะไรบ้าง เมื่อบอกครบแล้วให้เปิดผ้าคลุมออก จากนั้นให้ผู้สูงอายุแยกสิ่งของเป็นหมวดหมู่ เช่น หมวดผลไม้ หมวดสิ่งของ

เอกสารหมายเลข 6 (ต่อ) กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 4 เกมคำศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพผลไม้)

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ และการโต้ตอบ

อุปกรณ์ - แผ่นภาพรูปผลไม้ 10 ภาพ

วิธีปฏิบัติ เปิดแผ่นภาพรูปผลไม้ทีละ 1 ภาพ แต่ละภาพใช้เวลา 2-3 นาที ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อว่าเป็นผลไม้ชนิดใด และให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะของผลไม้ชนิดนั้น เช่น ส้ม เป็นผลไม้มีลักษณะกลม เปลือกสีเขียว/ส้ม มีรสเปรี้ยว/หวาน มีหลายสายพันธุ์ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5 ลากเส้นระบายสี

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้าน การฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ และ การเคลื่อนไหว

อุปกรณ์ - แผ่นภาพต่อจุดท่านละ 1 แผ่น

- สีไม้/เทียน 12 สี

วิธีปฏิบัติ ก่อนเริ่มลากเส้นระบายสี ให้นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาล หยิบสีขึ้นมาทีละ 1 แท่ง ให้ผู้สูงอายุบอกว่าเป็นสีอะไรจนครบ 12 สี แล้วจึงเริ่มลากเส้นระบายสี

กิจกรรมที่ 6 จำตัวเลข

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การฝึกความตั้งใจ และฝึกสมาธิ

อุปกรณ์ - แผ่นภาพตัวเลข 10 ภาพ แต่ละภาพประกอบด้วยตัวเลข 3-5 ชุด

วิธีปฏิบัติ เปิดแผ่นภาพตัวเลขทีละ 1 ภาพ เปิดนาน 1 นาที ให้ผู้สูงอายุจำชุดตัวเลข จากนั้นคว่ำแผนภาพลง ให้ผู้สูงอายุบอกชุดตัวเลขว่ามีอะไรบ้าง

เอกสารหมายเลข 6 (ต่อ) กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 7 สัมผัสและแยกสิ่งของ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การจัดหมวดหมู่ การรับสัมผัสและการโต้ตอบ

อุปกรณ์ - กล่องใส่ของ 1 ใบ

- สิ่งของต่างๆ 15 ชิ้น เช่น สบู่ แปรงสีฟัน หวี กระจก ช้อน ส้อม ผักและผลไม้ เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ นำสิ่งของทั้งหมดใส่ในกล่องแล้ว ให้ผู้สูงอายุคลำสิ่งของในกล่องทีละท่านแล้วจากนั้นให้ผู้สูงอายุช่วยกันบอกว่าในกล่องมีสิ่งของอะไรบ้าง จากนั้นให้นักกิจกรรมบำบัด/พยาบาลเฉลยคำตอบที่ถูก โดยหยิบสิ่งของจากกล่องขึ้นมาทีละชิ้น พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุเรียกชื่อและพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะของสิ่งของชนิดนั้นจนครบ 15 ชิ้น จากนั้นให้ผู้สูงอายุแยกสิ่งของเป็นหมวดหมู่ เช่น หมวดผลไม้ หมวดสิ่งของ

กิจกรรมที่ 8 ชิม – ดม -สัมผัส

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ และรับสัมผัส

อุปกรณ์ - ถ้วยเล็ก 3 ใบ (ใส่น้ำเชื่อม น้ำเกลือ น้ำเปล่า)

- ช้อนเล็ก 5 อัน
- ขวดเล็กสำหรับใส่กลิ่นน้ำหอม 3 ขวด (กลิ่นตะไคร้ กลิ่นยูคาลิปตัส กลิ่นมะลิ)
- แก้ว 2 ใบ (ใส่น้ำอุ่น น้ำเย็น)

วิธีปฏิบัติ แจกช้อนให้แก่ผู้สูงอายุท่านละ 1 อัน จากนั้นให้ผู้สูงอายุชิมน้ำในถ้วยใบเล็กแล้วบอกว่ามีรสใด เมื่อชิมครบ 3 ถ้วยแล้ว ให้นำขวดใส่กลิ่นต่างๆให้ผู้สูงอายุดมทีละขวด และให้ผู้สูงอายุบอกว่าเป็นกลิ่นใด เมื่อครบ 3 ขวดแล้ว ให้น้ำแก้วน้ำอุ่น และเย็นให้ผู้สูงอายุสัมผัสที่ละแก้วแล้วให้ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกอย่างไร

เอกสารหมายเลข 6 (ต่อ) กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 9 บวก ลบตัวเลข

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการคิดคำนวณ การฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ

อุปกรณ์ - แผ่นภาพแสดงโจทย์บวก ลบตัวเลข 10 แผ่น

วิธีปฏิบัติ เปิดแผ่นภาพโจทย์การบวก ลบตัวเลขทีละ 1 แผ่น ให้ผู้สูงอายุบอกตัวเลขที่ถูกต้อง ใช้เวลาแผ่นภาพละ 2-3 นาที

กิจกรรมที่ 10 ฟังเสียง

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ และการรับสัมผัส

อุปกรณ์ - วิทยุ
- เทปเสียงต่างๆ 15 เสียง เช่น เสียงแมว เสียงนก เสียงกระดิ่ง เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ เปิดเสียงต่างๆจากเทปให้ผู้สูงอายุฟังทีละเสียง จากนั้นให้ผู้สูงอายุทาย และพูดคุยเกี่ยวกับเสียงนั้นๆ พร้อมทั้งเฉลยคำตอบที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 11 อาหารจานโปรด

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การโต้ตอบ และการรับสัมผัส

อุปกรณ์ - อาหารคาว 2 อย่าง อาหารหวาน 1 อย่าง
- ผ้าปิดตา

วิธีปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านบอกอาหารที่ตนเองชอบรับประทานมาท่านละ 1 อย่าง ให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับส่วนประกอบ และวิธีปรุงอาหาร เมื่อครบทุกท่านแล้วให้นำผ้ามาปิดตาผู้สูงอายุ ตักอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานท่านละ 1 คำ ให้ผู้สูงอายุบอกว่าเป็นอาหารอะไร จากนั้นให้ผู้สูงอายุเปิดตาดูว่าตนตอบถูกต้องหรือไม่

เอกสารหมายเลข 6 (ต่อ) กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 12 โดมิโนรูปภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ในด้านการจดจำ การเคลื่อนไหว การฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ

อุปกรณ์ - โดมิโนรูปภาพ 1 ชุด

วิธีปฏิบัติ แจกโดมิโนให้ผู้สูงอายุท่านละ 5 ใบ โดมิโนที่เหลือวางคว่ำไว้เป็นกองกลาง เลือกโดมิโน 1 ใบจากกองกลาง วางหงายไว้ตรงกลาง ให้ผู้สูงอายุท่านแรกนำโดมิโนที่ถืออยู่ซึ่งมีภาพใดภาพหนึ่งเหมือนกันมาต่อกับโดมิโนที่หงายไว้โดยผลัดกันต่อท่านละ 1 ใบไปเรื่อย ๆพร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุเรียกชื่อรูปภาพตามที่ปรากฏ หากต่อไม่ได้ให้หยิบโดมิโนจากกองกลางมาทีละ 1 ใบ ผู้สูงอายุท่านใดต่อโดมิโนที่ถือไว้ในมือหมดก่อนเป็นผู้ชนะ

เอกสารหมายเลข 7 แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

คำชี้แจง ให้ X ลงใน ☐ โดยประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุในแต่ละกิจกรรม

เดือน ..... พ.ศ. .....

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ..... ห้อง.....

กิจกรรมที่1 เกมคำศัพท์

ด้านการจดจำ

☐ ตอบไม่ได้เลย ☐ 1 – 3 ภาพ

☐ 4 – 6 ภาพ ☐ 7 ภาพขึ้นไประบุจำนวน.....ภาพ

ด้านการโต้ตอบ

☐ ไม่มีการโต้ตอบ ☐ พูดโต้ตอบบ้าง ต้องกระตุ้น ☐ พูดโต้ตอบดี

กิจกรรมที่2 เล่าชีวประวัติ

ด้านการโต้ตอบ

☐ ไม่พูดเลย ☐ พูดโต้ตอบบ้าง ต้องกระตุ้น ☐ พูดโต้ตอบดี

เอกสารหมายเลข 7 (ต่อ) แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่3 จำและแยกสิ่งของ

ด้านการจดจำ

☐ จำไม่ได้ ☐ จำได้ 1 ชิ้น

☐ จำได้ 2 ชิ้น ☐ จำได้ 3 ชิ้น

การจัดหมวดหมู่

☐ จัดหมวดหมู่ไม่ได้ ☐ จัดหมวดหมู่ได้

กิจกรรมที่ 4 เกมคำศัพท์

ด้านการจดจำ

☐ ตอบไม่ได้เลย ☐ 1 – 3 ภาพขึ้นไป

☐ 4 – 6 ภาพ ☐ 7 ภาพขึ้นไป ระบุจำนวน.....ภาพ

ด้านการโต้ตอบ

☐ ไม่มีการโต้ตอบ ☐ พูดโต้ตอบบ้าง ต้องกระตุ้น ☐ พูดโต้ตอบดี

กิจกรรมที่ 5 ลากเส้นระบายสี

ด้านการเคลื่อนไหว

☐ ทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ☐ ทำกิจกรรมได้โดยมีผู้อื่นช่วย

ด้านความตั้งใจและสมาธิ

☐ ทำกิจกรรมสำเร็จ ☐ ทำกิจกรรมไม่สำเร็จ

เอกสารหมายเลข 7 (ต่อ) แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 6 จำตัวเลข

ด้านการจดจำ

☐ ตอบไม่ได้เลย ☐ ตอบได้ 1 – 3 ภาพ

☐ ตอบได้ 4 – 6 ภาพ ☐ ตอบได้ 7 ภาพขึ้นไป ระบุจำนวน.....ภาพ

กิจกรรมที่ 7 สัมผัสและแยกสิ่งของ

ด้านการรับสัมผัสและการจดจำ

☐ ตอบไม่ได้เลย ☐ ตอบได้ 1 – 3 ชิ้น

☐ ตอบได้ 4 – 6 ชิ้น ☐ ตอบได้ 7 – 10 ชิ้น

☐ ตอบได้มากกว่า 10 ชิ้นขึ้นไป ระบุจำนวน..... ชิ้น

ด้านการจัดหมวดหมู่

☐ จัดหมวดหมู่ไม่ได้ ☐ จัดหมวดหมู่ได้

เอกสารหมายเลข 7 (ต่อ) แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางด้านการรู้คิด

กิจกรรมที่ 8 ชิม-ดม-สัมผัส

การชิม

☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ 1 อย่าง

☐ ตอบได้ 2 อย่าง ☐ ตอบได้ 3 อย่าง

การดม

☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ 1 อย่าง

☐ ตอบได้ 2 อย่าง ☐ ตอบได้ 3 อย่าง

การสัมผัส (ร้อน – เย็น)

☐ ไม่รู้สึก ☐ ตอบได้ถูกต้อง ☐ ตอบไม่ถูก

กิจกรรมที่ 9 บวก ลบตัวเลข

ด้านการคิดคำนวณ

☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ 1 – 3 ข้อ

☐ ตอบได้ 4 – 6 ข้อ ☐ ตอบได้ 7 ข้อขึ้นไป ระบุจำนวน.....ข้อ

กิจกรรมที่ 10 ฟังเสียง

ด้านการจดจำ

☐ ตอบไม่ได้เลย ☐ ตอบได้ 1 – 3 เสียง

☐ ตอบได้ 4 – 6 เสียง ☐ ตอบได้ 7 – 10 เสียง

☐ ตอบได้มากกว่า 10 เสียงขึ้นไป ระบุจำนวน..... เสียง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวธัญญรัศม์ สังข์สำราญ
วัน เดือน ปีเกิด	26 กันยายน 2526
ที่อยู่ปัจจุบัน	181 ถนนรังสิต-นครนายก 23 ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2547	ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2550	เข้าศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน	พยาบาลประจำ สถานพยาบาลโกลเด้นเยียส์

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學