

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Rehabilitation of Elders with Dementia

รัชณี นามจันทร์*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น และมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด และการตัดสินใจ แต่ไม่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว อาการของภาวะสมองเสื่อมจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ จากระยะเริ่มแรกที่มีอาการเล็กน้อย เป็นระยะกลางที่มีอาการระดับปานกลาง และต่อมาเป็นระยะสุดท้ายซึ่งมีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมาก ในผู้สูงอายุไทย สามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Index) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination – Thai) การศึกษาวิจัยในระยะหลังได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพบว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy; CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการรู้คิด (cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรมีการประยุกต์หลักการของการบำบัดเหล่านี้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน องค์กรต่าง ๆ และสถานบริการสุขภาพ และควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่างกัน รวมถึงโปรแกรมสำหรับป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม



Abstract

Dementia is a chronic illness that is usually found in elderly people. It is a collection of symptoms that are caused by the impairment of cognitive and intellectual functions of the brain. Memory loss is the most common symptom of dementia. People with dementia may experience behavioral, personality, and emotional changes. Their perception, language skills, and cognitive skills including reasoning and judgment may be impaired without loss of consciousness. The symptoms will gradually progress from early stage with minimal symptoms to middle stage with moderate symptoms, and then to late stage with severe symptoms. Dementia in Thai elders will be primarily assessed by a dementia questionnaire, an Activity of Daily Living Index, and the Mini-Mental State Examination – Thai. Recently, many studies aimed to develop and test the effectiveness of rehabilitation programs for elders with dementia. Reality orientation therapy (ROT) and cognitive stimulation therapy (CST) were found to be effective in improvement cognitive ability, ability to perform activities of daily living, and quality of life of the elders with dementia. These therapies can restore and prevent more progression of cognitive impairment. They are more effective in the early and middle stage of dementia. The principles of these therapies should be applied in taking care for the elders in families, communities, institutions, and healthcare organizations. More studies are needed for development of rehabilitation programs which are suitable for Thai elders with different stages of dementia and prevention programs for risky elderly people.

Keywords : Reality orientation therapy, cognitive stimulation therapy, rehabilitation, elders, dementia

บทนำ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก 1.5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553) ทั้งนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย (aging society)” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ซึ่งหมายถึง การมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยเมื่อปี พ.ศ. 2547 และ 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุของประเทศคิดเป็นร้อยละ 10 และ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. 2549; คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2548) จำนวนผู้สูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึง พ.ศ. 2553 จำนวนผู้สูงอายุของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7, 11.2, 11.4 และ 11.8 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (สถาบันประชากรไทยและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2551-2553 อ้างถึงในวรรณภา ศรีธีรัตน์. 2553; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553) การสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2551 พบว่า โรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก คือ โรคทางสมองและจิตเวช โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม (dementia) (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

โดยประมาณการว่า ปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ (Ferri, et al. 2005 : 2112-17) สำหรับประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10,683 ราย เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 39.9 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 60.1 และร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) เสื่อมถอยลง (สถาบันประสาทวิทยา. 2546) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลระยะยาว อันส่งผลกระทบต่อครอบครัวญาติผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การดูแลให้ผู้สูงอายุพักผ่อน ออกกำลังกาย มีนันทนาการ สังคม และการสื่อสาร รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้นานที่สุด (กัลยา ศรทูลทัท. 2549; พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. 2542; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. 2547) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในระยะหลังพบว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง



(reality orientation therapy หรือ ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy หรือ CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มความสามารถทางการรู้คิด (cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Knapp, et al. 2006 : 574-580 ; Raggi, et al. 2007 : 1-6) การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การประเมินการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ตั้งแต่ระยะแรก และให้การบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถทางการรู้คิดตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม และการประเมินภาวะสมองเสื่อม ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูความสามารถทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ROT และ CST และให้ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม

ความหมายและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความผิดปกติทางด้านการคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับ

มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (abstract thinking) ลดลง ความผิดปกติที่กล่าวมานี้รบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สถาบันประสาทวิทยา. 2546) ภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด ประเภทนี้สมองจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น 2) secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคทางเมตาบอลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น ประเภทนี้หากสามารถแก้ปัญหาที่เป็นเหตุได้ อาการของสมองเสื่อมก็จะหายไปด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสติปัญญาการรู้คิด ด้านพฤติกรรม และด้านอารมณ์และอาการทางจิต ซึ่งทำให้เกิดอาการและอาการแสดง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) ดังนี้

1. ด้านสติปัญญาการรู้คิด (cognition) อาการที่ปรากฏเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดและพบใน

ทุกราย คือ ความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ และความจำระยะสั้น ในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้สูงอายุลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน ลืมการนัดหมาย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อม กวน พูดจาซ้ำ ๆ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การเรียงลำดับ ทำให้มีความลำบากในการทำกิจกรรมที่แปลกใหม่หรืองานที่ซับซ้อน ในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้น ความบกพร่องต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น เช่น สูญเสียความจำในเรื่องต่าง ๆ ในอดีตที่จำได้อย่างดีมาก่อน พูดไม่ได้ พูดตามเสียงที่ได้ยิน หรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ จำบุคคลในครอบครัวไม่ได้ จำเงาสะท้อนของตนเองในกระจกไม่ได้ และไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ ได้

2. ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายอาจจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง อาจมีอาการวุ่นวาย (agitation) อาจเดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมาย และหาทางกลับไม่ได้ (wandering) และพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจเฉยเมย ไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม มีปัญหาในการนอน อาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิว และไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์และอาการทางจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และอาการทางจิตมักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญาการรู้คิดและด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ส่วนอาการทางจิตนั้นมักจะพบอาการหลงผิด (delusions) ชนิดหวาดระแวง (paranoids) และประสาทหลอน (hallucinations)

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ โดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ การงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน 2) ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแล ใกล้ชิด และ 3) ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก



สับสนไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะอาศัยลักษณะอาการทางคลินิก อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดคือ การสูญเสียความจำใหม่ ๆ อาจลืมสิ่งของที่สำคัญ และมีความผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งอย่างในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิด ซึ่งได้แก่ การใช้ภาษา ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ หรือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ความบกพร่องที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ หรือการมีกิจกรรมทางสังคม (American Psychiatric Association. 1994) อย่างไรก็ตาม จะต้องมีการตรวจหาสาเหตุด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากทราบสาเหตุจะสามารถรักษาได้โดยการแก้สาเหตุ

สำหรับผู้ป่วยอายุที่เริ่มมีอาการหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ในเบื้องต้นควรประเมินดูว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ โดยเลือกใช้แบบประเมินหรือแบบทดสอบความจำและการรู้คิดเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ Mini-Mental Status Examination (MMSE),

Clinical Dementia Rating (CDR), Mini-Mental State Examination (MMSE)-Thai และแบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ Activity of Daily Living (ADL) Index ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุไทย ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับญาติหรือผู้ดูแล) แบบประเมินนี้ใช้สอบถามญาติหรือผู้ดูแลว่า ผู้สูงอายุมีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมขณะอยู่ที่บ้านหรือไม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่ ชอบถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหายุ่งยากเรื่องความจำระยะสั้น ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จำเป็น ลืมวันนัด ลืมโอกาสที่สำคัญของครอบครัว ดูซึมลง เศร้าหมอง หรือร้องไห้บ่อยกว่าเดิม เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เริ่มต้องมีคนคอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น เริ่มเห็น ได้ยินและเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง และมีความยุ่งยากลำบากในการหาคำพูดที่ต้องการจะพูด ถ้าญาติหรือผู้ดูแลตอบว่า “มี” หรือ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุต่อไป (สถาบันประสาทวิทยา. 2551)

2. แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) เป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ผู้สูงอายุ

ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา (dependence) ดัชนีนี้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย ติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เพราะขณะที่มนุษย์มีชีวิต จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายที่ เดินไปมา และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ไม่ว่าจะ เป็น คน สิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ในธุรกิจ สังคม หรือกิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร ดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ ทุกเหตุการณ์หรือกิจกรรมต้องใช้สมองเกี่ยวกับเรื่องความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการถูกกระตุ้นให้จำ ให้คิด ให้สั่งงานตลอดเวลา วันละหลาย ๆ ครั้ง จนกว่าจะจบกิจวัตรประจำวัน หากข้อมูลที่ได้พบว่า ADL ของผู้สูงอายุบกพร่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และผู้สูงอายุไม่รู้ว่าตนมีความบกพร่อง แต่ญาติรู้ว่าความบกพร่องนั้นเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ แสดงว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา. 2551)

กิจวัตรประจำวัน หรือ ADL แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic ADL) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ และ อาบน้ำ กิจกรรมประเภทนี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระพอสมควรภายในบ้านหรือที่พักอาศัย เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่นิยมนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย คือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ส่วนอีกระดับ คือ กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental ADL) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน

เช่น การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง หรือรถสองแถว และความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้กับผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ในปัจจุบันจึงนิยมใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและดัชนีจุฬาเอดีแอลในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องจะเสียไปก่อน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จะเสียในระยะท้ายของโรค (สถาบันประสาทวิทยา. 2551)

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แปลมาจากต้นฉบับแบบทดสอบ Mini-Mental Status Examination ของโฟลไตน์และคณะ โดยคงแก่นและความหมายของต้นฉบับภาษาอังกฤษทุกข้อ และไม่ได้ตัดทิ้งหรือเพิ่มเติมข้อคำถามใด ๆ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place) ด้านความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปล



ผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548)

การบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถทางด้านการรู้คิด และอาการแสดงมักจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะหลังเริ่มมีการศึกษาวิธีการบำบัดที่ช่วยฟื้นฟูความสามารถทางด้านการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การบำบัดที่มีรายงานการนำไปใช้และศึกษาวิจัย ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด

การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง

การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (ROT) เป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูล

อย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา ช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงทำได้หลายรูปแบบ อาจใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน ช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุ เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล การทำกิจกรรมอาจทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวัน หรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง (สถาบันประสาทวิทยา. 2551 ; Spector, et al. 2000 : 206-212) การทำ ROT มักใช้ได้ผลในผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง การจัดกิจกรรมกลุ่มจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม 4 รายขึ้นไป มักใช้กิจกรรมหลาย ๆ อย่างร่วมกัน และทำอย่างต่อเนื่อง

หลักในการทำ ROT การจัดกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องทำภายใต้สภาพแวดล้อมที่คงที่ การจัดกิจกรรมกลุ่มจะจัดในห้องหรือสถานที่เดิม เวลาเดิม ภายในห้องหรือสถานที่ที่ทำกิจกรรมควรมีปฏิทินและนาฬิกา และเริ่มต้นทุกครั้งด้วยการกระตุ้นการรับรู้ทั่ว ๆ ไป ในเรื่อง วัน เวลาและสถานที่ มักใช้กระดานบอกวัน เวลา และสถานที่ ซึ่งเรียกว่า “reality orientation board หรือ RO board” แล้วตามด้วยกิจกรรมการออกกำลังกาย เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ หลังจากนั้น จึงเริ่มทำกิจกรรมอื่น ๆ กิจกรรมที่ทำมีได้หลากหลาย และทำหมุนเวียนไป

ในแต่ละครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการรับรู้ ความจำ การใช้ภาษา การโต้ตอบ การแสดงความคิดเห็นและอภิปราย ความตั้งใจ และสมาธิ และการเคลื่อนไหว ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่

- การพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ บุคคลสำคัญหรือมีชื่อเสียง หรือชีวประวัติของตนเอง
- การเรียกชื่อและจำแนกแยกแยะประเภทของวัตถุสิ่งของ (object naming / categorizing) และพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ
- การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ (multisensory stimulation) เช่น การรับสัมผัส การดมกลิ่น และการรับรส เป็นต้น โดยให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้น
- การเชื่อมโยงคำหรือข้อความที่เกี่ยวข้องกัน (associated words) การให้ความหมายของคำหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ
- การวาดภาพ (drawing) และ
- การเตรียมอาหาร (food preparation) (Onder, et al. 2005 : 450-455; Spector, et al. 2000 : 206-212; Zanetti, et al. 2002 : 193-196)

การทบทวนการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) จำนวน 6 เรื่อง ที่ทดลองใช้ ROT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ช่วยให้การรับรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุดีขึ้น การศึกษาแต่ละเรื่องใช้เวลาและความถี่ในการทำกิจกรรมต่างกัน และมีระยะเวลา

เวลาในการทดลองแตกต่างกัน คือ มีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 30-60 นาทีต่อครั้ง ทำการบำบัดสัปดาห์ละ 2-5 ครั้ง และมีระยะเวลาในการทดลองตั้งแต่ 4-20 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การทำ ROT ในระยะสั้น ๆ จะได้ผลคงอยู่เพียงระยะสั้น การเข้าร่วมกิจกรรม ROT อย่างต่อเนื่องระยะยาวจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบำบัดมีอาการดีขึ้นได้ยาวนานกว่าเดิม และสรุปได้ว่า ROT เป็นการบำบัดที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Spector, et al. 2000)

ซาเน็ตตีและคณะ (Zanetti, et al. 2002) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ROT ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีการเสื่อมของการรู้คิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคือ มีคะแนน MMSE 14-25 คะแนน จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มเล็ก ๆ กลุ่มละ 4 ราย ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลานาน 1 เดือน พบว่า โปรแกรม ROT ทำให้การทำหน้าที่ทางด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการทำหน้าที่ทางด้านการรู้คิดต่ำ (วัดด้วยแบบทดสอบ MMSE) ตอบสนองต่อ ROT ได้ดี ต่อมาออนเดอร์และคณะ (Onder, et al. 2005) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา cholinesterase inhibitor โดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ROT ที่บ้านร่วมกับยา (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมพร้อมคู่มือการจัดกิจกรรม



บำบัด โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 25 สัปดาห์ติดต่อกัน แล้วจึงติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน MMSE และคะแนนการรับรู้จาก Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognition สูงขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเฉพาะการบำบัดด้วยยามีคะแนนลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าการให้ ROT ร่วมกับยาช่วยบำบัดผู้ป่วยได้ดีกว่าการให้ยาเพียงอย่างเดียว และ ROT ช่วยให้การรู้คิดของผู้ป่วยดีขึ้น

การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด

การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (CST) เป็นการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเป็นจริงและการกระตุ้นการรู้คิด อันมุ่งเน้นไปที่ความพยายามในการกระตุ้นให้เกิดการรู้คิด เป็นการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับ “ใบหน้า” จะมีคำถามให้ตอบว่า “ใครดูอ่อนที่สุด” ซึ่งอาจใช้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเป็นส่วนเสริมได้ (Spector. 2003) การบำบัดวิธีนี้ได้นำบางส่วนของ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ (Johannesen. 2008) มีการใช้ reality orientation board ที่แสดงทั้งข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งชื่อกลุ่มซึ่งตั้งโดยสมาชิกกลุ่ม กระดานนี้มีไว้เพื่อเตือนให้กลุ่มสามารถจดจำชื่อและธรรมชาติ (nature) ของกลุ่มได้ ตลอดจนช่วยในการสร้างความต่อเนื่องของกลุ่ม ทั้งนี้การทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มด้วยกิจกรรมอุ่นเครื่อง คือ การออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่กระตุ้นการรู้คิด ได้แก่

การใช้เงิน การคิดคำนวณ มิติสัมพันธ์ และเกมคำศัพท์ กระตุ้นความทรงจำในอดีต เช่น การระลึกถึงวัยเด็ก และการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกหลายๆ ทาง (multi-sensory) ร่วมด้วย การวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม CST ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม CST มีคะแนนการรู้คิดที่วัดโดย MMSE และ ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition) และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spector. 2003; Knapp. 2006) นอกจากนั้นยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย (Knapp. 2006)

แรกกี้และคณะ (Raggi, et al. 2007) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยผสมผสานการทำ ROT ร่วมกับการเน้นการรู้คิดเป็นรายบุคคล (individual cognitive approach) ซึ่งมีแนวคิดคล้ายคลึงกับ CST แต่ทำเป็นรายบุคคลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย โปรแกรมนี้ประกอบด้วยงานจำนวนหลายชุดที่มีระดับความยากง่ายและมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกความตั้งใจและฝึกสมาธิ ความสามารถด้านภาษา มิติสัมพันธ์ การคิดคำนวณ ความเร็วในการจดจำ และความเร็วในการเคลื่อนไหว เป็นต้น ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมนี้มีอาการของโรคสมองเสื่อมตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง แต่สามารถสื่อสารได้บ้าง และสามารถได้ยินและมองเห็นได้ดีพอในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูนาน 17 เดือน ผลการศึกษา

พบว่า คะแนนเฉลี่ย MMSE และคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การประเมิน สภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย Neuropsychiatric Inventory (NPI) ยังพบว่า สภาพจิตใจของผู้ป่วย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทั้ง 2 วิธีที่ กล่าวมา ทั้ง ROT และ CST เป็นการบำบัดที่มี ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม จะได้ผลดีในผู้สูงอายุที่มีอาการสมอง เสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง และยังเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมของการรับรู้และความ จำ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมอง เสื่อม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการบำบัดต้องสามารถ พูดคุยและสื่อสารได้ สามารถได้ยินและมองเห็น ได้ดี และต้องมีสภาพจิตใจและอารมณ์พร้อมที่จะ ร่วมกิจกรรมบำบัด การบำบัดควรทำอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง กิจกรรมการบำบัดมักจะเป็น กิจกรรมกลุ่มที่ทำเป็นกลุ่มเล็ก ๆ แต่ก็ สามารถทำเป็นรายบุคคลได้ กิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายที่จัดหมุนเวียน กันไป และมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและส่งเสริม การรับรู้ ความจำ การคิดคำนวณ การใช้ภาษา การโต้ตอบ การแสดงความคิดเห็นและอภิปราย ความตั้งใจและสมาธิ และการเคลื่อนไหว ผลการ ศึกษาวิจัย พบว่า การบำบัดเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูง อายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการรับรู้ ความจำ ความคิด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ช่วยให้ สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ภาวะ สมองเสื่อมซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการเสื่อมตามวัยย่อม เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพมีภาระในการ ดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวย่อมลดลง การรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว จำเป็นต้อง ร่วมมือกันทุกฝ่ายในสังคม ต้องมีการพัฒนาและ จัดการองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม และมีการบูรณาการองค์ความรู้สู่ การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในระดับครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน องค์กร ต่าง ๆ ที่มีกลุ่มผู้สูงอายุ และสถานบริการสุขภาพ

องค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ในส่วนของธรรมชาติของโรค การประเมินและการวินิจฉัย มีค่อนข้างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อม เบื้องต้นฉบับภาษาไทยที่มีคุณภาพ ใช้ได้สะดวก และเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย แต่ความรู้ที่เป็น แนวทางในการป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูภาวะสมอง เสื่อมมีค่อนข้างน้อย การศึกษาวิจัยประสิทธิผล ของโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมของผู้สูง อายุ ที่ใช้ ROT และ CST เป็นการศึกษาใน ต่างประเทศทั้งหมด แม้ผลการศึกษาพบว่าได้ผล ดี แต่ตัวแปรผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินผลโปรแกรม มีความแตกต่างกัน การศึกษาบางเรื่องไม่พบ การเปลี่ยนแปลงในบางตัวแปร เช่น ความสามารถ



ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้น โปรแกรมมีความหลากหลายมาก ทั้งลักษณะ กิจกรรมการบำบัด รวมถึงความถี่และระยะเวลา ของการจัดกิจกรรม ควรมีการศึกษาวิจัยและ พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีความเฉพาะ กับผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมอง เสื่อมต่างกัน รวมถึงโปรแกรมสำหรับป้องกัน สมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง หรือ เริ่มมีการเสื่อมของสมองโดยยังไม่ถึงเกณฑ์การมี สมองเสื่อม ทั้งนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นควรระบุ ความถี่ ระยะเวลา และลักษณะกิจกรรมบำบัดให้ ชัดเจน ตลอดจนมีการผลิตอุปกรณ์ที่ใช้ในการ ดำเนินกิจกรรม สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่ให้ บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีคลินิกผู้สูงอายุหรือ เป็นสถานพักฟื้น / สถานดูแลผู้สูงอายุ หรือมีการ รวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ควรมีการประเมินการเกิด ภาวะสมองเสื่อม และจัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟู และป้องกันภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุอย่าง สม่าเสมอและต่อเนื่อง ตลอดจนมีการประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อความสามารถทาง ด้านการรู้คิด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพ จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน สมาชิก ครอบครัวยุคใหม่สามารถช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่เริ่มมี การเสื่อมของสมองหรือมีภาวะสมองเสื่อมได้ โดย

ประยุกต์แนวคิดและหลักการของ ROT และ CST และผสมผสานเข้าไปกับกิจกรรมต่าง ๆ ใน ชีวิตประจำวัน ภายในบ้านหรือห้องพักของผู้สูง อายุ ควรมีปฏิทินและนาฬิกาที่มองเห็นได้ชัดเจน สมาชิกครอบครัวควรพูดคุยกับผู้สูงอายุทุกวัน เกี่ยวกับวันที่และเวลา เพื่อกระตุ้นการรับรู้วัน เวลาของผู้สูงอายุ ควรใช้โอกาสต่าง ๆ ในการพูด คุยเรื่องในอดีตเพื่อกระตุ้นความทรงจำ ควรให้ ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองให้ มากที่สุดตามความสามารถ และให้มีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเตรียมอาหาร การดูรายการข่าว สารคดี หรือละครทางโทรทัศน์ และการซื้อของจ่ายตลาด เป็นต้น ร่วมกับการพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ทำ บุคคล ในข่าว และเรื่องราวที่ได้ดูและพบเห็น เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้โต้ตอบและแสดงความคิดเห็น และ ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือได้ ควรให้อ่านหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น ๆ ตามความสนใจ เพื่อคงไว้ซึ่ง ความสามารถเกี่ยวกับการใช้ภาษา และสิ่งที่อ่าน ยังช่วยกระตุ้นความคิดของผู้สูงอายุได้ สำหรับใน ชุมชนควรมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน หรือ กลุ่มอื่น ๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้มีการคิด โต้ตอบ มีการระลึกถึงความทรงจำทั้งในอดีตและ ในปัจจุบัน ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของสมอง ในส่วนของการรู้คิด และทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา ศารทูลทัต. (2549) **การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน**. การศึกษาด้วยตนเอง พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2549) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2548) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. (2542) **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547) **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ**. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- วรรณภา ศรีฉวีรัตน์. (2553) “สังคมผู้สูงอายุ : ความท้าทายของระบบสุขภาพ” ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 1 “APN : คุณค่า การพัฒนาและความสำเร็จ”** วันที่ 19-21 พฤษภาคม 2553 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาลและสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย).
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546) **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551) **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548) **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.



- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 และ 2551” **มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)**. [Online] Available : http://www.thaitgri.org/images/stories/report/51/tha/awOldman_2551.pdf. (13 สิงหาคม 2553)
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542) **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychiatric Association. (1994) **Diagnostic and Statistical of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Ferri, C.P. et al. (2005) “Global Prevalence of Dementia : A Delphi Consensus Study” **Lancet**. 366 page 2112-17.
- Johannesen, A. **Effective Methods to Relive Symptoms of Dementia**. [Online] Available : <http://www.sfi.dk/sw40312.asp> (19 September 2008)
- Knapp, M. et al. (2006) “Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia : Cost-Effectiveness Analysis” **British Journal of Psychiatry**. 188 page 574-580.
- Onder, G. et al. (2005) “Reality Orientation Therapy Combined with Cholinesterase Inhibitors in Alzheimer’s Disease : Randomized Controlled Trial” **British Journal Of Psychiatry**. 187 page 450-455.
- Raggi, A. et al. (2007) “The Effects of a Comprehensive Rehabilitation Program of Alzheimer’s Disease in a Hospital Setting” **Behavioral Neurology**. 18 page 1-6.
- Spector, A. et al. (2000) “Reality Orientation (RO) for Dementia : A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials” **The Gerontological Society of America**. 40 page 206-212.
- Spector, A. et al. (2003) “Efficacy of an Evidence-Based Cognitive Stimulation Therapy Programs for People with Dementia” **British Journal of Psychiatry**. 183 page 248-254.
- Zanetti, O. et al. (2002) “Predictors of Cognitive Improvement after Reality Orientation in Alzheimer’s Disease” **Age and Aging**. 31 page 193-196.