

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๕๖ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๕
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางพัชรี นามสกุล พรหมมี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน การพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต การแพทย์
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางธิญาภรณ์ นามสกุล ตั้งคะวัชรประเสริฐ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน การพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต การแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ ครั้งที่ ๑๑ เรื่อง Building Bridges in Dementia
Diagnosis and Management
ระหว่างวันที่ ๑๗-๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จัดโดย สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
ณ รูปแบบออนไลน์ เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๓,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....)

QR Code แบบรายงาน

รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางพัชรี.....พรหมมี.....
อายุ.....๓๔.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....การพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ.....

๑.๓ ชื่อ - นามสกุล.....นางธิญาภรณ์.....ตั้งกะวัชรประเสริฐ.....
อายุ.....๓๒.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-

๑.๔ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม.....

๑.๕ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ ครั้งที่ ๑๑ เรื่อง Building
Bridges in Dementia: Diagnosis and Management.....
สาขา.....-

เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๓,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่.....๑๗-๑๙.....กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....สถานที่.....รูปแบบออนไลน์.....
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ ๑. เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ เกี่ยวการประเมินและการวินิจฉัยภาวะ
สมองเสื่อมที่ทันสมัย.....
๒. แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ และผลงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ.....
๓. สร้างความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาและส่งเสริมการนำความรู้ไปประยุกต์ไป
ใช้ในงานที่รับผิดชอบ.....

๒.๒ เนื้อหา ตามเอกสารแนบ.....

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง.....เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....
วิวัฒนาการใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย.....

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน.....พัฒนาการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุและ
หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม.....

๒.๓.๓ อื่น ๆ ระบุ

..... - การให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม.....

..... - การให้คำแนะนำญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงโควิด.....

..... - การจัดการเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ.....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง.....เนื่องจากเป็นการอบรมแบบออนไลน์ทำให้มีปัญหาในการเข้าระบบ.....

๓.๒ การพัฒนา.....การมีพื้นที่ภายในโรงพยาบาลสำหรับการประชุมแบบ online.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....ควรให้ผู้ร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการนำเสนอ case study.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นางค์ชรินทร์ เจริญศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

Air pollution and dementia

มลพิษทางอากาศ (Air Pollution) หมายถึง สภาพอากาศที่มีสารพิษ เช่น ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (Sulfur Dioxide) ก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจน (Oxide of Nitrogen) ก๊าซโอโซน (Ozone) สารประกอบไฮโดรคาร์บอน (Hydrogen compound) สารตะกั่ว (Lead) ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) เมื่อปริมาณสารพิษอยู่ในระดับสูงและมีระยะเวลา นานพอ ย่อมก่ออันตรายแก่สิ่งมีชีวิต มนุษย์ สัตว์ พืช หรือทรัพย์สิน

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกหรือ WHO พบว่า ในทุกปีมีประชากรถึง 7 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการได้รับมลพิษทางอากาศ ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปอด, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคหัวใจ, และโรคสมอง

ตารางแสดงโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศและเปอร์เซ็นต์การตายตามลำดับ

Air pollution	Related disease	Death (%)
Outdoor (2.6 million deaths)	Ischemic heart disease	40.0
	Stroke	40.0
	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	11.0
	Lung cancer	6.0
	Acute lower respiratory infections in children	3.0
Indoor (3.3million deaths)	Ischemic heart disease	26.0
	Stroke	34.0
	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	22.0
	Lung cancer	6.0
	Acute lower respiratory infections in children	12.0

มลพิษที่เราหายใจเข้าไปไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาเฉพาะที่ปอดหรือระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ฝุ่น ยังสามารถซึมผ่านเข้าสู่เส้นเลือด รวมทั้งผ่านเข้าทางเส้นประสาทการรับกลิ่นที่อยู่ในโพรงจมูก และผ่านเข้าไปยังสมองโดยตรง หลังจากที่ฝุ่นจิ๋วเข้าไปยังสมองจะทำให้เกิดกระบวนการอักเสบในสมอง มีการหลั่งสารอักเสบชนิดต่าง ๆ ทำให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วกว่าปกติ รวมทั้งยังพบว่า ทำให้เกิดการก่อตัวของก้อนโปรตีนที่ผิดปกติในสมอง (β -amyloid, α -synuclein, tau protein) ที่มีลักษณะคล้ายกับคนที่ เป็นโรคอัลไซเมอร์หรือโรคพาร์กินสัน รวมทั้งยังทำให้สมองส่วนเนื้อขาว (White Matter) มีการฝ่อเหี่ยวมากกว่าคนปกติอีกด้วย การได้รับฝุ่น PM 2.5 ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์เพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า และทำให้เกิดโรคพาร์กินสันเพิ่มได้ถึง 34% รวมทั้งยังทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคเส้นเลือดสมอง (Stroke) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยทุก ๆ 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ของระดับ PM2.5 ที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคเส้นเลือดสมองประมาณ 13% ถ้าได้รับฝุ่นจิ๋วในระดับความเข้มข้นที่เพิ่มมากขึ้น ความเสี่ยงก็จะเพิ่มมากขึ้น โดยในกลุ่มคนที่เป็นโรคเส้นเลือดสมองอยู่แล้ว การได้รับ PM 2.5 ยังเป็นการเพิ่มอัตราการตายในคนกลุ่มนี้อีกด้วย

Dementia in COVID-19 period

ภาวะสมองเสื่อมไม่ได้สัมพันธ์กับโควิด-19 โดยตรง แต่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนี้

1. ผลของการจัดสภาพแวดล้อมให้แยกห่างจากผู้อื่น คือรู้สึกไม่ปลอดภัย เหงา เบื่อ นอนไม่หลับ วิตกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว

2. ผลจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยตรง คือ กังวล กระทบกระส่าย ซึม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรช่วยเหลือตนเองถดถอย กินไม่ได้

3. ผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย เครียด วิตกกังวลทั้งต่อสุขภาพของตนเอง และของผู้ป่วย แพนิค เหนื่อยล้าหมดไฟ (burn-out) รู้สึกขาดการช่วยเหลือ เกิดประเด็นขัดแย้งกับผู้ป่วยมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

1. เผื่อระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ซึมหรือไม่นอน เพื่อสับสน เห็นภาพหลอน เป็นต้น

2. ผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมอาจมีความสามารถในการดูแลความสะอาด สุขอนามัยส่วนตัวลดลง อาจจะมีหลงลืมการล้างมือ แนะนำให้มีป้ายเตือนให้ล้างมือไว้ภายในบริเวณอ่างล้างมือที่บ้าน และ ให้ผู้ดูแลช่วยสาธิตการล้างมือไปพร้อมกัน

3. ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยหยิบจับบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% เป็นต้น

4. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด

5. หากต้องจำกัดให้อยู่ในบ้าน ควรให้ได้ทำกิจกรรม งานอดิเรกต่างๆ และออกกำลังกาย

6. วางแผนหาผู้ดูแลสำรองในกรณีผู้ดูแลเจ็บป่วย

7. หากผู้ดูแลมีอาการสงสัยโรคโควิด-19 ควรแยกจากผู้ป่วยและเปลี่ยนผู้ดูแลได้ทันที

8. หากอาการคงที่อาจขออนุญาตแพทย์ที่ดูแล ปรึกษาและเลื่อนนัดหมายให้นานกว่าปกติ เพื่อลดการไปโรงพยาบาล

Sundown Syndrome

อาการซันดาวน์ (Sundown Syndrome) เป็นพฤติกรรมที่มักเกิดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในช่วงพลบค่ำ หรือช่วงที่พระอาทิตย์ใกล้ตกดินไปจนถึงช่วงค่ำ ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สับสน ก้าวร้าว ต่อต้านไม่อยู่นิ่ง ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น ปั่นเตียง เห็นภาพหลอน หูแว่วร่วมด้วย สาเหตุของอาการนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนสถานที่ สิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น เปลี่ยนที่นอน เปลี่ยนเวลาในการทำกิจกรรมที่เคยทำทุกวัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลกับกับอาการที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าของวันและแสงที่ลดลงอาจเป็นอีกหนึ่งตัวการที่ทำให้อาการซันดาวน์กำเริบ

ปัจจัยที่ทำให้เกิด Sundown Syndrome

- ความเสื่อมของสมอง
- Metabolic derangement
- Medications
- Sleep hygiene
- Environment
- Physical and psychological stress

ตารางเปรียบเทียบภาวะ Sundown syndrome และ ภาวะ Delirium

Sundown syndrome	Delirium
<ul style="list-style-type: none"> - มักมีช่วงที่มีอาการเป็นเวลาเหมือนกัน ทุกวัน หรืออื่น ๆ เช่น วันเว้นสองวัน หรือ ในบางราย มีอาการสัปดาห์ละครั้ง อาการมักเริ่มช่วงบ่าย เย็น หรือ หัวค่ำ - ความรุนแรงของอาการมักคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง - ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ consciousness level - ไม่มี hallucination 	<ul style="list-style-type: none"> - อาการเป็นๆหายๆโดยอาการอาจเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาสั้น เป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน อาการมักเป็นมากในช่วงกลางคืนหรือในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวน - ความรุนแรงของอาการขึ้นกับสาเหตุ - มีการเปลี่ยนแปลงของ consciousness level - มี hallucination

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sundown syndrome

- ปฏิบัติตามตารางเวลา

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เมื่อกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันเปลี่ยนไป ทำให้พวกเขาไม่รู้สึกรู้สียง บางครั้งอาจทำให้เกิดความเครียด สับสน และอาการจะยิ่งรุนแรงขึ้นในช่วงพระอาทิตย์ตกดิน ดังนั้นการมีตารางเวลาในการทำกิจกรรม และทำตามตารางเดิมในทุก ๆ วัน จะช่วยลดความเครียดและความสับสนให้พวกเขาได้ หากจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนตารางเวลา ควรค่อย ๆ ปรับและเปลี่ยนไปที่ละน้อยเท่าที่จะทำได้

- ปรับแสงในบ้าน

บางครั้งอาการซันดาวน์อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของแสง การปรับแสงในห้องที่อยู่อาจช่วยลดอาการของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาที่ถูกตีพิมพ์ลงใน Psychiatric Investigation แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยแสงมีส่วนช่วยลดความสับสนในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

- ออกกำลังกาย

ผู้ป่วยหลาย ๆ คนที่มีอาการซันดาวน์ มักจะมีปัญหาในการนอนหลับตอนกลางคืน ในทางกลับกันการพักผ่อนไม่เพียงพออาจสร้างความเหนื่อยล้าให้พวกเขา จนมีอาการซันดาวน์ได้เช่นกัน หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาก็จะวนลูปอยู่เช่นนี้

การวางแผนทำกิจกรรมตอนกลางวันอาจช่วยจัดการปัญหานี้ได้ ด้วยการหลีกเลี่ยงการนอนหลับช่วงกลางวัน วางแผนออกกำลังกาย และทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ระหว่างวัน เช่น เดินในสวนสาธารณะ อ่านหนังสือ อาจช่วยให้พวกเขานอนหลับในช่วงกลางคืนได้ดีขึ้น และยังช่วยลดอาการซันดาวน์ได้อีกด้วย แต่ไม่ควรออกกำลังกายในช่วง 4 ชั่วโมงก่อนนอน

- ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร

การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสม เป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยลดอาการชันดาวน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ ในตอนเย็น เพื่อช่วยให้เขารู้สึกสบายท้องและช่วยให้หลับได้ง่ายขึ้น ที่สำคัญหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ซึ่งอาจส่งผลในการนอนหลับได้

- ลดความเครียด

อารมณ์ที่ขุ่นมัวและความเครียด มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและหงุดหงิดได้ การช่วยให้เขาใจเย็นและไม่เครียดเป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยลดอาการชันดาวน์ได้ เช่น การเปิดเพลงเบา ๆ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบและเงียบ หรือใช้สัตว์เลี้ยงอย่างสุนัขหรือแมวเป็นตัวช่วย การได้กอดหรือลูบศีรษะอาจช่วยให้เขาใจเย็นลงได้

- ช่วยให้คนใช้รู้สึกปลอดภัย

การสร้างสภาพแวดล้อมที่อยู่ให้มีความปลอดภัยและน่าอยู่ เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยให้เขารู้สึกปลอดภัยและสงบลงได้ โดยสถานที่ที่อยู่ควรมีอุณหภูมิที่เหมาะสม จัดไฟให้เหมาะสม หากผู้ป่วยต้องย้ายไปอยู่โรงพยาบาลควรจัดห้องให้รู้สึกเหมือนอยู่บ้าน โดยจัดวางรูปครอบครัวไว้ในห้อง นำผ้าห่มผืนโปรดไปใช้ที่โรงพยาบาลด้วย วิธีเหล่านี้จะช่วยบรรเทาการเปลี่ยนแปลงและลดอาการชันดาวน์ลงได้

- สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีตัวกระตุ้นที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการสังเกตผู้ป่วยเมื่ออาการชันดาวน์กำเริบ อาจช่วยให้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงได้ ก็จะง่ายต่อการแก้ปัญหาต่อไป

การจัดการเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเป็นการคงศักยภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดซึ่งจะสามารถชะลอเวลาความเสื่อมถอยของโครงสร้างทางสมองและทางกายภาพอันจะนำไปสู่ภาวะติดเตียง ซึ่งจะมีผลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพ การดูแลค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิต

หลักการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะลดลงเรื่อยๆตามระยะและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น จนถึงการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การกิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลการใช้ห้องน้ำ และการเคลื่อนไหว ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจทักษะในการดูแลช่วยเหลือ รวมถึงมีความอดทนที่จะให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนั้นๆให้นานที่สุด

สิ่งที่ควรปฏิบัติ

- ผู้ดูแลต้องประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ได้และคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำได้ให้นานที่สุด

- เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรเป็นเวลาและสถานที่เดิมๆ

- คำหนึ่งถึงเสมอว่าเรากำลังให้การดูแลผู้ใหญ่ท่านหนึ่งไม่ให้การดูแลผู้สูงอายุเหมือนดูแลเด็ก

- การสื่อสารควรใช้ภาษาง่ายๆที่ไม่ซับซ้อนหรือใช้ภาษากายในการช่วยสื่อสารเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น บอกการปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน

- ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมนั้นๆลุล่วง

- ผู้ดูแลควรมีท่าทีที่ให้การช่วยเหลือที่ไม่เร่งรีบ ใจเย็น น้ำเสียงนุ่มนวล
- เรียกชื่อหรือสรรพนามที่คุ้นชิน ก่อนการให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ก่อนทุกครั้ง

The role of epigenetics in dementia

DNA Sequence → mRNA synthesis → Protein

Epigenetics คือ ความผิดปกติที่ก่อโรค โดยไม่จำเป็นต้องมาจากความผิดปกติจากเบสของยีน แต่อาจเกิดจากการแสดงออกของยีนที่ผิดปกติจากทางใดก็ได้ที่น้อยลงหรือมากขึ้นแล้วก่อโรคขึ้น โดยรหัสของยีนไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง (ปรากฏการณ์เหนือยีน)

Mechanism

- Methylation (การเติมMethyl groupในสายของยีนบริเวณCpG)
- Histone modification (การเปลี่ยนแปลงโปรตีนชนิดฮิสโตน)
- RNA Mediated Gene Expression (การสร้างmiRNAที่มาเปลี่ยนแปลงการทำงานของยีน)
- Others

Epigenetics เกิดจากผลที่มาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและยีนต่อโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ลักษณะการใช้ชีวิต ยา การออกกำลังกาย การอักเสบในร่างกาย ทำให้ร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม

New therapeutic modalities in dementia

Primary goals of treatment in dementia

อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังคงไม่สามารถรักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดได้ จึงให้การรักษาเพื่อจุดประสงค์หลักคือ

- เพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ความเชื่อ
- เพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากที่สุด
- มีระดับความเข้าใจในการเข้าสังคมได้ปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ควบคุมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแล

Alzheimer's drug development pipeline

โดยปัจจุบันสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

- Disease-Modifying Biologic
- Symptom-Reducing small Molecule (ปัจจุบันยังมีการเลือกใช้มากที่สุด)
- Disease-Modifying small Molecule อธิบายถึงผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงถึง 2.5 เท่า ที่มีผลทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม

จากกระบวนการ Insulin Resistant จึงมีการนำยาMetformin มาใช้เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ซึ่งตัวยามETFORMIN มีการระบุว่าสามารถเข้าถึงส่วนของสมองได้และมีส่วนเข้าไปทำหน้าที่ทั้งลดสารก่อโรคและกระตุ้นAMPให้เพิ่มขึ้น โดยสามารถทำให้ลดเกิดกระบวนการAmyloid phaqeได้

Thai screening tests for cognitive impairment

Thai screening tests for cognitive impairment แบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่

1. clinical purposes
 - Screening
 - Diagnosis
 - Ranking the severity of impairment
 - Evaluate change
 - Making practical decisions regarding competency, management and placement
2. Research purposes การเลือกใช้เครื่องมือ
 - 2.1 Mutiple tasks or single task
 - Multiple : ได้แก่ MMSE, MoCA, ACE
 - Single : Verbal fluency, 3-word recal, Boston naming test
 - 2.2 Disease conditions
 - Normal / Dementia
 - Normal /MCI / Dementia
3. Specific type of dementia : eg NPH, HAD

เครื่องมือที่นำมาใช้ส่วนใหญ่มาจากการตัดแปลงเครื่องมือของต่างประเทศ เมื่อนำมาใช้จริงจึงจำเป็นต้องพิจารณา แยกการใช้ตามประชากรคือ คลินิก และชุมชน

แบบทดสอบที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติ 8 ประการ ได้แก่

1. ความเที่ยงตรง(Validity)
2. ความเชื่อมั่น(Reliability)
3. ความยากง่ายและอำนาจการจำแนก(Difficolty and Discrimination)
4. ความเป็นปรนัย(Objectivity)
5. ความมีประสิทธิภาพ(Efficiency)
6. ความไว(Sentivity)
7. ความเป็นมิติเดียว(Unidimensionality)
8. ความง่ายต่อการนำไปใช้(Simplicity)

Normal → Mild cognitive impairment (MCI) → Dementia

แนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564

1. ปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ
3. สมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล

การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขเป็นการให้บริการขั้นต่ำที่ผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละระดับควรทำได้ แนวทางที่ใช้ ได้แก่ Mini-Cog , 2Q และ การประเมินภาวะหกล้ม (TUG)

Breakthrough in Dementia

1. Blood-based biomarkers กำลังพัฒนาให้สามารถตรวจวินิจฉัยได้มากกว่าการใช้ MRI / PET scan
2. Approval of the first disease modifying therapy กำลังพัฒนาในกลุ่มยาประเภท Disease-modifying therapy (MDT) : Aducanumab

Psychiatrist

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Alzheimer Disease

- 1.อายุ (กระบวนการชรา)
- 2.ยีนพันธุกรรม (70%)
- 3.มักจะเป็นเพศหญิง จากการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง
- 4.มลพิษทางอากาศที่มีผลต่อการเกิดAD ได้แก่ PM, Ozone, คาร์บอนมอนอกไซด์, ไนโตรเจนออกไซด์ , ตะกั่ว, ซัลเฟอร์ไดออกไซด์
- 5.สารโลหะหนักต่างๆที่มีพิษ ได้แก่ อลูมิเนียม และ ตะกั่ว
- 6.ADVANCED GLYCATION END PRODUCTS(AGE) : สารเร่งความชรา

Excess Sugar + UNUSED PROTEIN = A.G.E.

- 7.การติดเชื้อในร่างกาย (Inflammatory Failure)
- 8.Vascular function การทำงานในระบบหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง
- 9.Mitochondrial dysfunction
- 10.Geriatrician

ปัจจัยหลัก 4 ประการในการดูแลผู้ป่วย AD ในช่วงภาวะการระบาดของCOVID-19

1. Infection Prevention
2. Medical Care
3. Functional rehabilitation and care for persons with dementia
4. Caregiver Support