แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๖๘๐ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕
ซึ่งข้าพเจ้า ๑.ชื่อ นางสาวพีรภาว์ นามสกุล พฤกษีดา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / ~~งาน /~~ ฝ่าย / ~~โรงเรียน~~ การพยาบาล
กอง โรงพยาบาลสิรินธร สำนัก / ~~สำนักงานเขต~~ สำนักการแพทย์
และซึ่งข้าพเจ้า ๒.ชื่อ นางสาวสุรีรัตน์ นามสกุล อ่อนละมุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัด / ~~งาน~~ / ฝ่าย / ~~โรงเรียน~~ การพยาบาล
กอง โรงพยาบาลสิรินธร สำนัก / ~~สำนักงานเขต~~ สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (~~ฝึกอบรม /~~ ประชุม / ~~ดูงาน~~ / ~~ปฏิบัติการวิจัย~~) ในประเทศ
หลักสูตร การประชุมวิชาการออนไลน์ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : Episode II ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดโดย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
เบิกค่าใช้จ่ายคนละ ๗๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๔๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

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

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวพีรภาว์ พฤกษีดา)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวสุรีรัตน์ อ่อนละมุล)

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นางสาวพีรภาว์ พฤกษีดา

อายุ ๔๐ ปี การศึกษา ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้การพยาบาลเบื้องต้นในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มีหน้าที่ดูแลให้การพยาบาล ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพ ส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่อง ครอบคลุมผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คัดกรองกลุ่มอาการต่าง ๆ ในผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ ประกอบไปด้วย การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ความบกพร่องด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะกระดูกพรุน โอกาสข้อเข่าเสื่อม และการพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้การดูแลตนเองกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล และวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๑.๒ ชื่อ – นามสกุล นางสาวสุรีรัตน์ อ่อนละมุล

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ การพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลผู้ใหญ่ระบบหายใจ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้การพยาบาลขั้นสูง ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ดูแลผู้ป่วยแบบครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม: Episode II สาขา การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

เพื่อ ☐ ศึกษา ☐ ฝึกอบรม ☑ ประชุม ☐ ดูงาน ☐ สัมมนา ☐ ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ ☑ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ☐ เงินบำรุงโรงพยาบาล

☐ ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑,๔๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ สถานที่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. สามารถระบุพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

๒. สามารถให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้

๓. สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันสมองเสื่อมได้

๔. สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีโรคร่วมได้อย่างเหมาะสม

๕. สามารถวางแผนดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ เนื้อหา

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) Management

ปัจจุบันสังคมบ้านเรากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว จึงมีผลให้โรคอย่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ โดยปกติแล้ว หากพูดถึงโรคสมองเสื่อม คนทั่วไปส่วนมากมักจะนึกถึงปัญหาด้านความจำ แต่จริงๆ แล้วนอกจากอาการหลงลืม ยังพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการอย่างอื่นมากกว่านั้น คือ "ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต" (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) ซึ่งอาการเหล่านี้พบได้บ่อยมาก และมักสร้างความลำบากใจให้กับผู้ดูแล ซึ่งบางครั้งปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตนี้ เป็นอาการที่มาก่อนหรือเด่นกว่าอาการหลงลืมด้วยซ้ำ

การจำแนกกลุ่มอาการของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) เป็นอาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) ได้มีการปรับปรุงการจำแนกใหม่โดย แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. กลุ่มอาการทางอารมณ์(emotional) ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้าเฉยเมย ความนับถือตัวเองลดลง ภาวะซึมเศร้าใน BPSD ไม่ได้มีความรุนแรงเท่ากับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แต่จะเป็นในลักษณะความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

๒. กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) มีความผิดปกติทางการรับรู้ (cognitive/perceptual) ได้แก่ อาการหลงผิด คิดว่ามีคนมาขโมยของ มีคนแปลกหน้าเข้ามาอยู่ด้วย คิดว่ามีคนปลอมตัวมาเป็นญาติอาจมีความคิดอยากหนีออกจากสถานที่นั้นๆ และอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว เห็นภาพหลอน มักได้ยินเสียงคนที่เสียชีวิตหรือคนที่ไม่ได้อยู่ในห้อง

๓. กลุ่มอาการการนอนผิดปกติ (sleep disorders) มีปัญหาด้านวงจรการนอนหลับ ผู้ป่วยจะนอนหลับมากในช่วงกลางวันและไม่หลับหรือตื่นแล้วหลับยากในช่วงกลางคืน พลุ่งพล่าน กระวนกระวาย เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมายซึ่งปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือบุคคลที่ให้การพยาบาลเป็นอย่างมาก

๔. กลุ่มอาการอื่นๆ ทางการเคลื่อนไหว (motor) ได้แก่ พฤติกรรมทำซ้ำๆ เดินเรื่อยเปื่อยไร้จุดหมาย พลุ่งพล่าน เดินไปมาระหว่างรับประทานอาหาร ลุกไปมาในยามวิกาล พฤติกรรมก้าวร้าว ตบตีข่วน ทางภาษา (verbal) ได้แก่ การพูดถามซ้ำๆ การตะโกนร้อง การใช้คำพูดก้าวร้าวหยาบคาย มักพบได้มากในเพศชายโดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อนป่วย

หลักการ...

หลักการประเมินอาการ BPSD ด้วย The ABCs approach

- Antecedents: มองหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการ BPSD ได้ทั้งจากสิ่งแวดล้อม บุคคลอื่น และตัวผู้ป่วยเอง
- Behavior: อาการ BPSD ที่เกิดขึ้นเป็นอาการในกลุ่มใด
- Consequences: ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากอาการ BPSD บ้าง และผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

ปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดอาการ BPSD

- ปัจจัยทางชีวภาพ (biological stress) หรือภาวะเพ้อสับสนจากโรคทางกาย (delirium) หรือโรคทางกายเอง เช่น ท้องผูก ปวดศีรษะ ภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความเจ็บปวด หิวหรือกระหายน้ำ เป็นต้น
- โรคร่วมทางจิตเวช (co-morbidity) และ/หรือการกำเริบของโรคจิตเวช (recurrentepisode)
- ความสามารถของ cognitivefunction ลดลง เช่น ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (inability to express vocally)
- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) เช่น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเกินไป ร้อนหรือหนาวเกินไป เป็นต้น
- การไม่ได้รับการตอบสนองดังที่ต้องการ (unmet needs)
- ผู้ดูแลด้อยประสบการณ์หรือรุกล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมมากเกินไป (unsophisticated or intrusive caregiving)
- ผลข้างเคียงจากยา

การรักษาอาการ BPSD

การรักษาอาการ BPSD โดยใช้ยา (pharmacological management)

๑. กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตรุ่นใหม่ (novel antipsychotics) การใช้ยา risperidone ในขนาด ๐.๕ - ๒ มก./วัน หรือ olanzapine ๒.๕ - ๑๐ มก./วัน หรือใช้ aripiprazole ในขนาดต่ำๆ สามารถช่วยลดอาการทางจิตก้าวร้าวและกระวนกระวายใจได้ อย่างไรก็ตามการใช้ยา risperidone และ olanzapine จะเพิ่มความเสี่ยงของผู้ป่วยสมองเสื่อมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ๓ เท่า จึงควรระมัดระวังการใช้ยาทั้งสองตัวนี้ สำหรับยาตัวอื่นในกลุ่มนี้ยังไม่มีการศึกษาใดรองรับว่าใช้ได้ผลในการรักษาอาการ BPSD

๒. กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตรุ่นเดิม (classical antipsychotics) ข้อมูลสนับสนุนการใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นเดิม เช่น ยา haloperidol ในการรักษาอาการ BPSD นั้น มีน้อยกว่าการรักษาอาการทางจิตรุ่นใหม่มาก การใช้ยาในกลุ่มนี้มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ อาการมือสั่น ตัวเกร็ง คอแข็ง เดินคล้ายหุ่นยนต์ (extrapyramidal side effects) ได้บ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ Parkinson’s disease with dementia (PDD) และแบบ Lewy - body (DLB) และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้พอๆ กันหรืออาจมากกว่ากลุ่มยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

๓. กลุ่มยา cholinesterase inhibitors (AChEIs) และยา memantine มีผลการศึกษาที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางสนับสนุนว่าการใช้ยากลุ่มนี้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยชะลอการเกิดอาการ BPSD ได้ระยะหนึ่ง แต่หากเริ่มให้ยากลุ่มนี้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (advanced dementia) แล้วยากลุ่มนี้ก็ไม่สามารถชะลอการเกิดอาการดังกล่าวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ยา rivastigmine มีประสิทธิภาพอย่างมาก ในการลดอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนและอาการกระวนกระวายใจในผู้ป่วยสมองเสื่องแบบ Lewy - body (DLB)

๔. กลุ่มยา...

๔. กลุ่มยาต้านเศร้า (antidepressants) ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะทนผลข้างเคียงของกลุ่มยา selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ได้ดี แม้ว่ายากลุ่มนี้จะก่อให้เกิดอาการกระวนกระวายได้บ้าง ยาที่ได้ผลดีในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ยา sertraline และ citalopram ควรหลีกเลี่ยงการใช้กลุ่มยา tricyclic antidepressants (TCAs) รักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมเนื่องจากฤทธิ์ต้านโคลิเนอจิก (anticholinergic effect) ของกลุ่มยานี้ต่อสมอง (central anticholinergic) จะทำให้ภาวะสมองเสื่อมทรุดลงได้

๕. กลุ่มยากันชัก (anticonvulsants) ผลการศึกษาส่วนใหญ่บ่งว่ายากลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการ BPSD อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางรายงานพบว่ายา valproate และ carbamazepine อาจช่วยลดอาการ BPSD ได้ นอกจากยาทั้ง ๕ กลุ่มแล้วยังมียากลุ่มอื่นๆ ที่ใช้รักษาอาการ BPSD ได้อีก ยาเหล่านี้ได้แก่กลุ่มยา benzodiazepines กลุ่มยา barbiturates ลิเธียม (lithium) ฮอร์โมนเอสโตรเจนและยา cyproterone acetate

การรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยา (nonpharmacological management)

ถือเป็นการดูแลที่สำคัญและจำเป็นมากที่สุด การดูแลนั้นมีหลากหลายรูปแบบ ผู้ดูแลอาจจะเลือกรูปแบบที่เหมาะสม โดยอาจพิจารณาจากระยะของโรค ขีดความสามารถในการเรียนรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุในขณะนั้น สถานที่และอุปกรณ์ที่มีเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ก่อนที่จะทำการดูแลผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวให้พร้อม หากมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ เช่น ประสาทหูเสื่อม ประสาทตาเสื่อมจากโรคต้อกระจก ต้อหิน สายตายาว ก็ควรส่งบำบัดรักษาก่อน เช่น ใช้เครื่องช่วยฟัง ใส่แว่นสายตา ส่งผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา เป็นต้น รูปแบบการรักษา

๑. การรักษาที่เน้นการรับรู้ (cognition - oriented) เช่น การฝึกรับรู้วัน เวลา สถานที่จากรายการทีวี ปฏิทิน การฝึกฝนความจำจากการฝึกจำหน้าคน ร้องเพลง สวดมนต์ เกมส์หลับตาทายสิ่งของ การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การวาดภาพ การเต้นรำ การแต่งตัว การเต้นแอโรคบิค การรำไทเก๊ก เป็นต้น

๒. การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion - oriented) เช่น การกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ การทำจิตบำบัด การผสมผสานการรับรู้เพื่อให้มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่น เป็นต้น

๓. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation - oriented) เป็นการรักษาที่เน้นกิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น การเล่นเกมส์ เล่นไพ่ เล่นหมากกระดาน การทำงานฝีมือ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเขียนบันทึกประจำวัน

๔. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior - oriented) เช่น การชื่นชมหรือให้รางวัลกับผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมที่เหมาะสมหรือการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว

๕. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver - oriented) เช่น การทำจิตบำบัด การทำกลุ่มศึกษา การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลรวมถึงการส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาลระยะสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว

Cognitive Prevention and Stimulation

ระยะของการรู้คิดบกพร่อง สามารถแบ่งระยะของการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุได้ ๓ ระยะ ได้แก่

๑. ภาวะหลงลืมตามวัย (normal forgetfulness) หรือการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา (normal ageing change) ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความชราเองหรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative diseases) ได้โดยอาการของภาวะหลงลืมตามวัยของผู้สูงอายุ

๑.๑ ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองมีความจำลดลงแต่ไม่เป็นปัญหาและไม่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และอาการคงที่ตลอดรูปแบบอาการที่พบ ได้แก่ อาการหลงลืม ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมว่าจอดรถไว้ที่ไหน ลืมชื่อคนที่เคยพบวันก่อน จำหน้าคนได้แต่นึกชื่อไม่ออก นึกคำพูดที่จะพูดไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติ (normal aging)

๑.๒ ผู้สูงอายุ...

๑.๒ ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องความจำในอดีต (remote memory) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืม แต่ไม่มีปัญหาเรื่องความจำในอดีตเพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราที่มักมีปัญหาเรื่องความจำ (forgetfulness) จึงไม่ต้องวิตกกังวลยกเว้นผู้สูงอายุบางคนอาจจะมีอาการค่อยๆ มากขึ้นจนเข้าสู่ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

๒. การรู้คิดบกพร่อง หรือการสูญเสีย ความสามารถของสมองเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความจำ พบว่าในผู้สูงอายุบางคนอาจพบอาการ ดังนี้

๒.๑ มีปัญหาด้านความจำมากกว่าคนปกติวัยเดียวกันแต่ไม่มากถึงกับภาวะสมองเสื่อม โดยจะลืมสิ่งที่ไม่ควรลืม เช่น ลืมวันเวลานัดหมายที่สำคัญๆ และจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จนรบกวนการทำงานหรือชีวิตประจำวัน

๒.๒ ไม่สูญเสียหน้าที่การทำงานการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐานและความสามารถในการทำกิจวัตรยังเป็นปกติแต่อาจสูญเสียความสามารถในด้านการคิดเชิงบริหาร (executive function) บางด้าน เช่น การบริหารจัดการรายรับรายจ่ายการชำระเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

๓. ภาวะสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงเกิดความผิดปกติของความจำทั้งในความจำระยะสั้นและระยะยาว การใช้ภาษา การสื่อภาษา ความเข้าใจภาษา ทักษะในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน การวางแผน การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ เกณฑ์ประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - V) ได้ใช้คำว่า Major neurocognitive disorder (NCD) แทนคำว่า Dementia ซึ่ง Major NCD จะมีการทำงานของสมองในด้านต่างๆ (higher cortical function) ลดลงจากเดิมชัดเจนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสีย Cognitive มากกว่า ๑ อย่างขึ้นไปร่วมกับ interfere ADL ดังนี้

๓.๑ มีความยากลำบากในการใส่ใจรับรู้ข้อมูลถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ (complex attention)

๓.๒ มีความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผนการมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป (executive function) เช่น มีปัญหาในการจัดการและการวางแผนการใช้เงิน มีปัญหาในการดูแลตัวเองในเรื่องการกิน การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว และการเดินทาง

๓.๓ ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง (learning and memory) เช่น จำเรื่องที่เคยพูดคุยเมื่อเร็วๆ นี้ไม่ได้ทำของหายหรือวางของผิดที่

๓.๔ มีความลำบากในการพูด สื่อสารหรือเข้าใจภาษา (language) เช่น พูดผิด พูดถูก มีปัญหาในการนึกหาคำพูดหรือพูดเข้าใจยาก

๓.๕ ความสามารถในการทำหัตถกรรมต่างๆ ที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่องทั้งๆ ที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายปกติ (perceptual - motor) เช่น มีปัญหาในสิ่งที่เคยทำเป็นประจำที่บ้าน มีปัญหาสับสนทิศทาง

๓.๖ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทสิ่งแวดล้อมไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น (social cognition) เช่น การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะหรือการพูดไม่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาจพบปัญหาความจำเพียงเล็กน้อย หรือร่วมกับความสามารถของสมองส่วนอื่นๆ โดยจะพบอาการดังต่อไปนี้

๑. ด้านความจำ (memory) เช่นลืมเหตุการณ์ที่พึ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ (forgetting recent events) หรือถามคำถามเดิมซ้ำๆ กับคนเดิม (repeating the same question)

๒. ด้านการใช้เหตุผลการวางแผน หรือ การแก้ไขปัญหา (reasoning, planning or problem solving) เช่น มีความยากลำบากในการคิดเรื่องต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ (struggling with thinking things through) ขาดไหวพริบในการแก้ไขปัญหาที่ไม่ซับซ้อนหรือเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาในกิจวัตรที่เคยทำไม่เหมาะสม

๓. ด้านสมาธิจดจ่อ (attention) เช่น เสียสมาธิได้ง่าย (being very easily distracted)

๔. ด้านภาษา (language) เช่น พูดมากกว่าปกติ

๕. ด้านการรับรู้ทางสายตา (visual depth perception) เช่น มีความยากลำบากในการตีความวัตถุสามมิติ (struggling to interpret an object in three dimensions) การกะระยะทางหรือช่วงระยะของขั้นบันได (judge distances or navigate stairs)

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม Dementia

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง หลงลืม ทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีปัญหาในการพูด พูดซ้ำๆ ซากๆ ไม่เข้าใจคำพูดไม่สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีความสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ บุคคล มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอาการเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมปกติได้

โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุและมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวจากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทย พบความชุกของโรคสมองเสื่อมร้อยละ ๓.๔ แต่ความชุกตามกลุ่มอายุจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยพบอัตราความชุกร้อยละ ๑ ในกลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี ร้อยละ ๓ ในกลุ่มอายุ ๗๐ - ๗๙ ปี ร้อยละ ๑๐ ในกลุ่มอายุ ๘๐ - ๘๙ ปี ร้อยละ ๓๐ ในกลุ่มอายุ ๙๐ ปีขึ้นไป

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- เพื่อให้ทราบถึงการประเมินอย่างครอบคลุมในทุกมิติของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- เพื่อให้ทราบถึงวิธีการวางแผนการดูแล อย่างครอบคลุมในทุกมิติของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยสมองเสื่อม

๑. Executive function คิด วางแผน จัดลำดับไม่ได้ไม่เข้าใจเหตุผล

๒. Language พูดไม่ถูก เรียกไม่ถูก พูดไม่ได้

๓. Learning & memory มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้สิ่งใหม่ ความจำความเข้าใจที่มีอยู่เดิมก็หายไป

๔. Motor function ยากลำบากในการใช้มือและอื่นๆ ในการทำกิจกรรมต่างๆ

๕. Attention ไม่มีสมาธิ ไม่จดจ่อสิ่งใด

๖. Social activities บกพร่องในเรื่องการเข้าสังคม การทำกิจกรรมต่างๆ ในงานสังคมนั้นๆ

อาการโรค...

อาการโรคสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ ๓ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง (Mild) เป็นระดับที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิด เช่น ลืมว่าวางของอยู่ไหน จำชื่อคนหรือสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ ส่วนความจำในอดีตยังดีอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเห็นได้ชัดแต่ผู้ป่วยสามารถ ช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้และการตัดสินใจยังค่อนข้างดี

๒. ระดับปานกลาง (MODERATE) ในระยะนี้ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น มีความบกพร่องในความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้การแก้ปัญหาและการตัดใจ เช่น ไม่สามารถคำนวณตัวเลขง่ายๆ ได้ เปิดโทรทัศน์ไม่ได้ ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ทั้งที่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เคยทำได้มาก่อน ลืมแม้กระทั่งชื่อคนในครอบครัวในช่วงท้ายของระยะนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้การปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจเป็นอันตรายจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลตามสมควร

๓. ระดับรุนแรง (SEVERE) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องมีผู้เฝ้าดูแลตลอดเวลาแม้แต่ความจำก็ไม่สามารถจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นได้เลย จำญาติพี่น้องไม่ได้ หรือแม้แต่ตนเองก็จำไม่ได้ มีบุคลิกที่เปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า ระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุต่อชีวิตได้ระยะเวลาการดำเนินของโรคอาจแตกต่างกันในแต่ละคน โดยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ (ระดับอ่อน) จนเสียชีวิต (ระดับรุนแรง) โดยเฉลี่ยจะประมาณ ๘ - ๑๐ ปี

แผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Cognitive: Pharmacologic treatment, Nonpharmacologic treatment

Behavioral/ psychiatric: Pharmacologic treatment, Nonpharmacologic treatment

General: Function, General medical conditions, Safety/environment, Caregiver, Rehabilitation End of life care/advanced directive, Legal issue

วิธีการที่จะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมองและป้องกันโรคหลงลืมเมื่อเข้าสู่วัยชราดังนี้

๑. ทำงานที่ต้องใช้ความคิดและสมาธิสูงยิ่งเป็นงานที่ท้าทายและซับซ้อนได้ยิ่งดี จากงานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่มีหน้าที่การงานที่ได้ใช้ความคิดมากๆ นั้น จะสมองเสื่อมน้อยเป็นสองเท่าของคนอายุรุ่นราวคราวเดียวกันที่ไม่ได้ทำงานที่ใช้สมองมากนัก

๒. ทำกิจกรรมเยอะๆ เป็นกิจกรรมอะไรก็ได้ที่นอกเหนือจากงานประจำเป็นได้ ทั้งงานอดิเรก งานบ้าน การทำงานที่ใช้แรงกาย งานรื่นเริงบันเทิงต่างๆ การเล่นเกม การอ่านหนังสือหรือการเย็บปักถักร้อย (จากการวิจัย) พบว่าผู้สูงอายุหลังเกษียณที่มีกิจกรรมทำตลอดเวลานั้น ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมอะไรก็แล้วแต่มีการเสื่อมถอยของสมองน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำอย่างมาก

๓. หัดเข้าสังคมบ่อยๆ การไปมาหาสู่เพื่อนๆ ญาติๆ คนรู้จักรวมถึงการสร้างสังคมใหม่ๆ จะช่วยลดการชราภาพของสมองได้ เพราะการพูดคุยโต้ตอบกับคนอื่นก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ได้ใช้สมองในการคิดแม้ว่าในปัจจุบันการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ยังต้องอาศัยการศึกษาวิจัยยืนยันมากกว่านี้แต่คุณก็สามารถป้องกันแต่เนิ่น ๆ ได้โดยปฏิบัติดังนี้

๑. รับประทาน...

๑. รับประทานอาหารครบหมู่หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันจากดอกทานตะวัน ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดฟักทอง ถั่วเหลือง รับประทานปลาทะเลให้มาก รวมทั้งอาหารที่มีวิตามินซี วิตามินอีและกรดโฟลิก

๒. รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์โดยไม่ให้ดัชนีมวลกายเกิน ๒๕

๓. หลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น การดื่มเหล้าจัด หรือการรับประทานยา โดยไม่จำเป็น

๔. ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ๆ มีควันบุหรี่

๕. การฝึกสมองได้แก่การพยายามให้สมองได้คิดบ่อยๆ เช่น การอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ บ่อยๆ การคิดเลข การเล่นเกม การฝึกการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ

๖. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ ๓ - ๕ ครั้ง เช่น วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน เดินเล่น รำมวยจีน เป็นต้น

๗. การพูดคุยพบปะผู้อื่นบ่อยๆ เช่น ไปวัดไปงานเลี้ยงต่างๆ หรือการเข้าชมรมผู้สูงอายุ

๘. ตรวจสุขภาพประจำปีหรือมีโรคประจำตัวอยู่เดิมก็ต้องติดตามการรักษาเป็นระยะๆ เช่น การตรวจหาดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจฯลฯ

๙. ถ้ามีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพื่อลดโอกาสเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน

๑๐. ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุต่อสมอง ระวังการหกล้ม

๑๑. พยายามมีสติในสิ่งต่างๆ ที่กำลังทำและฝึกสมาธิอยู่ตลอดเวลา

๑๒. พยายามไม่คิดมาก ไม่เครียด หากิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อคลายเครียด

การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

๑. ผู้ป่วยมีความชอบ เช่น ร้องเพลง วาดรูป ทำอาหาร

๒. สามารถทำได้บ่อยๆ

๓. ได้ฝึกการคิด

๔. ได้ออกกำลังกาย

๕. ได้ทำร่วมกับผู้อื่น

ตัวอย่างเช่น

นำปฏิทินขนาดใหญ่ อ่านง่าย ให้ผู้สูงอายุดู แล้วถามนำว่า วันนี้วันที่เท่าไร เป็นวันอะไร เดือนอะไร ปี พ.ศ. อะไร และฤดูอะไร

นำนาฬิกาที่มีเข็มบอกเวลา มีตัวเลขอ่านง่าย ให้ผู้สูงอายุดู แล้วสอบถามว่า ช่วงนี้เป็นเวลาอะไร กลางวันหรือกลางคืน ปกติเข้านอนกี่โมง ตื่นกี่โมง

เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชอบฟังหรือคุ้นเคย นั่งฟังเพลงด้วยกันและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพลง เช่น ใครเป็นนักร้อง ชอบเพลงนี้เพราะอะไร ให้ผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์ที่จดจำได้

นำรูปภาพ...

นำรูปภาพสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เช่น บ้าน วัด ศาสนสถาน หรือสถานที่ท่องเที่ยวที่เคยไป ให้ผู้สูงอายุดูภาพและถามชื่อสถานที่ อยู่ที่ไหน จังหวัดใด ภาคอะไร

นำดอกไม้หรือใบไม้กลิ่นหอมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เช่น ดอกมะลิ ใบเตย ใบมะกรูด มาให้สูดดมเพื่อกระตุ้นการรับรู้กลิ่นและให้ผู้สูงอายุบอกชื่อทีละกลิ่น จากนั้นทวนถามว่า “ทั้งหมดมีกลิ่นอะไรบ้าง ให้บอกชื่อกลิ่นอีกรอบ”

นำรูปภาพ บุคคล สัตว์ ผลไม้ หรือสิ่งของต่างๆ ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เช่น ภาพบุคคลในครอบครัว ภาพผลไม้ (กล้วย) ภาพสัตว์ (นก) เป็นต้น มาให้ดูและถามคำถามให้ผู้สูงอายุบอกชื่อทีละภาพ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

วันแหล่งข้อมูล วันที่ประเมินที่มาและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อเพศอายุ ศาสนาหรือความเชื่อ ระดับการศึกษา สถานะภาพ อาชีพรายได้ เศรษฐานะ ที่อยู่ภูมิลำเนา ความเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการของภาวะสมองเสื่อมและโรคหรือปัญหาอื่นๆ ความเจ็บป่วยอดีต โรคเรื้อรังต่างๆ การได้รับอุบัติเหตุการผ่าตัด กิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน การใช้ยาวิตามินหรือสารอื่นๆ ยาวิตามินสารสมุนไพรที่ใช้ขนาดวิธีใช้ วินัยในการใช้ยา ข้อบ่งชี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ประวัติครอบครัว การเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนและบทบาทสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลปัญหาภายในครอบครัว

ตัวอย่างแบบบันทึกแผนการดูแล

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
A: activities of daily living (กิจวัตรประจำวัน)					
B: behavioral and psychological problems (ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ)					
C: cognition (การรู้คิด)					
D: drug (ยา)					
E: environment (สภาพแวดล้อม)					
F: family and caregivers (ครอบครัว และผู้ดูแล)					
G: goal of care (เป้าหมายการดูแล)					
H: health (สุขภาพทั่วไป)		-			
L: legal (กฎหมาย)					
M: money (การเงิน)					
N: network (ระบบการดูแล)					

ตัวอย่าง...

ตัวอย่างการประเมินด้านต่างๆ เป้าหมาย และแผนการรักษา

	ได้แก่	ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
A	Activities of daily living (ADLs)	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้ง bADLs เช่น การรับประทานอาหาร และ iADLs เช่น การเตรียมอาหาร	ผู้ป่วยสามารถคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด เท่าที่สามารถปฏิบัติได้	-กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน มากที่สุดเท่าที่ความสามารถจะปฏิบัติได้ -ผู้ดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น -เฝ้าระวังความปลอดภัย โดยเฉพาะการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ
B	Behavioral and psycholo-gical symptoms of dementia (BPSD)	ปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อม	ลดการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช	-รักษาโดยไม่ใช้ยา เช่นการปรับพฤติกรรม การลดปัจจัยกระตุ้น การปรับสิ่งแวดล้อม -รักษาโดยใช้ยา ซึ่งควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป การใช้ยาโดยเฉพาะยารักษาโรคจิต ควรให้ในช่วงเวลาสั้นๆ
C	Cognition	การรู้คิด	ชะลอความเสื่อมลงของการรู้คิด	-รักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกความจำ กิจกรรมเพื่อฝึกทักษะ กิจกรรมส้นทนาการโดยการกระตุ้นการรู้คิดอย่างเหมาะสม -รักษาโดยใช้ยา ซึ่งควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป
D	Drug	ยา	มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม	-ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง -แก้ไขปัญหาจากยาได้เหมาะสม
E	Environment	สภาพแวดล้อม	สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการอยู่อาศัย	ภายในบ้าน ภายนอกบ้าน และชุมชนมีความปลอดภัย
F	Family and caregivers	ครอบครัว และผู้ดูแล	ครอบครัว และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ลดภาระ หรือปัญหาจากการดูแล
G	Goal	การรับรู้เป้าหมาย หรือแผนการดูแล ของผู้ป่วย และผู้ดูแล	มีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และเหมาะสม	ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมบุคลากรการแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว
H	Health	สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย	มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้านอื่นๆ อย่างเหมาะสม	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย
L	Legal	กฎหมาย	ลดโอกาสเกิดปัญหาทางกฎหมาย และได้รับสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายที่ควรได้	-ป้องกันโอกาสการเกิดปัญหาคดีอาญา และคดีแพ่ง -เข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้
M	Money	ปัญหาทางด้านการเงิน	ลดภาระด้านการเงิน	ได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน
N	Network	ระบบการดูแลผู้ป่วย และระบบสนับสนุนผู้ดูแล	มีระบบช่วยในการดูแลผู้ป่วย และมีแหล่งสนับสนุนครอบครัว	มีระบบและแหล่งสนับสนุน ติดตามการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวได้ต่อเนื่อง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ☐ ต่อตนเอง

- มีความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดการปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้
- สามารถจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม
- สามารถเป็นที่ปรึกษาในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีโรคร่วมได้
- สามารถวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

๒.๓.๒ ☐ ต่อหน่วยงาน

- พัฒนาความรู้ด้านการป้องกัน รักษา และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- พัฒนาทักษะนำไปจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้
- เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้สอดคล้องกับสถาณการณ์ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในปัจจุบัน

๒.๓.๓ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

- การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
- ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถปรับตัวที่จะอยู่กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้
- ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ส่วนที่ ๓...

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ ☐ การปรับปรุง เสียงผู้บรรยายไม่ชัดเจน บางช่วงขาดหาย จากสัญญาณอินเตอร์เน็ต

๓.๒ ☐ การพัฒนา เพิ่มช่องทางให้ผู้เข้าอบรมสามารถชมการบรรยายย้อนหลังได้

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาด้านเครือข่ายการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวพีรภาว์ พฤกษีดา)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวสุรีรัตน์ อ่อนละมุล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น .....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(.....)

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(.....)