



การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Prevention of Dementia in Older Persons*

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค วท.ม.(พยาบาล)*

Suthisri Trakulsithichoke M.S.(Nursing)*

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รวบรวมข้อมูลสถิติในปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด¹ และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2558 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมดและคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คนในปี พ.ศ. 2573 โดยความชุกของโรคจะพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี² เนื่องจากในปัจจุบันโรคอัลไซเมอร์ยังไม่มียาเฉพาะที่ใช้ในการรักษา จึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการช้ยาเพื่อเพิ่มระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยเพิ่มความจำให้ดีขึ้น และลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค³ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะความจำเสื่อมอย่างรุนแรง แม้นกใกล้ชีวิตก็จำไม่ได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เลย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับประเทศไทยและนานาประเทศทั่วโลก

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยบทบาทพยาบาลครอบคลุมถึงการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรง ยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะทุพพลภาพออกไป โดยสภาการพยาบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านมากกว่าการเข้ารับการดูแลในสถานบริการ⁴ ดังนั้นภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทที่พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีอิสระในการใช้ชีวิตโดยปราศจากการพึ่งพาผู้อื่น แต่เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมาก² อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุอีกมากที่ไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน บทความนี้จึงกล่าวถึง สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีความเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น และมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด และการตัดสินใจ⁵ โดยสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมสามารถจำแนกได้ดังนี้⁶

1. ภาวะสมองเสื่อมปฐมภูมิ (Primary dementia) เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมองโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะสมองเสื่อมจากการสูญเสียเซลล์ประสาทและไซแนปส์ภายในฮิปโปแคมปัสและบริเวณไดคอร์เท็กซ์ของสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองฝ่อ และมีการเสื่อมของสมองส่วนต่าง ๆ เกิดแอมลอยด์พลาแก (Amyloid plaque) และนิวโรไฟบิลลารี แทงเกิล (Neurofibrillary tangle) ปริมาณมาก โดยเฉพาะบริเวณกลีบขมับ (Temporal lobe)⁷ จึงทำให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ สูญเสียความจำ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง โดยเริ่มจากความสามารถเชิงซ้อน เมื่ออาการมากขึ้นจะเกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ภาษา การรู้คิด และการสื่อสาร

2. ภาวะสมองเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary dementia) เกิดจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases) โรคติดเชื้อ โรคทางเมตาบอลิซึม หากสามารถรักษาสาเหตุของโรคได้ อาการสมองเสื่อมจะหายไป ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาธิสภาพเกิดจากเซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์สมองตาย อาจเป็นบริเวณกว้าง มักพบในบริเวณ cortico-subcortical area หรือ เซลล์สมองที่ขาดเลือดเป็นเซลล์ที่อยู่ในตำแหน่งเชื่อมต่อการทำงานของวงจรความจำ เช่น angular gyrus, thalamus, basal forebrain หรือมาจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแล้วทำให้เส้นเลือดฉีกขาดและเซลล์สมองขาดเลือด⁸ จึงทำให้สูญเสียความจำ

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมนั้นปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่วัยเริ่มแรก การรักษาในปัจจุบันจึงเป็นการยืดระยะเวลาของการดำเนินของโรคออกไป จึงมีการศึกษาวิจัยอย่าง

กว้างขวางเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย

1.1 อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมพบได้มากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์สมองเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับมีการลดลงของจำนวนเซลล์ประสาทและเซลล์คำจุนระบบประสาท มีการตายของเซลล์ประสาททำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการสื่อสาร และความจำลดลง⁹

1.2 พันธุกรรม โดยพบว่า ครอบครัวที่มีประวัติการเป็นโรคอัลไซเมอร์ มีโอกาสที่บุคคลในครอบครัวเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น โดยพบว่ายีนอัลลีล APOE4 (APOE4 allele gene) เป็นพันธุกรรมที่มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าการอักเสบของยีนร่วมกับการมี APOE4 allele gene เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม¹⁰

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

2.1 การศึกษา (Education) จากการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด และผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้เป็น 1.6 เท่าของผู้มีการศึกษาปกติ นอกจากนี้ การได้รับการศึกษาน้อยทำให้ผู้สูงอายุมีทุนสำรองในการรู้คิดต่ำ เซลล์สมองที่ไม่ค่อยได้ฝึกฝนใช้งานจึงไม่แข็งแรง ส่งผลให้มีการเสื่อมและถูกทำลายได้ง่ายกว่า อีกทั้งการศึกษาทำให้เกิดการกระตุ้นสมองและระบบประสาททำให้ความสามารถของสมองทางการคิดและการจำดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จึงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้¹¹



2.2 การได้ยิน (Hearing) การได้ยินเป็นหนึ่งในประสาทสัมผัสที่ทำให้เกิดการรับรู้ของมนุษย์ การเสื่อมทางการได้ยินจะทำให้การรับรู้ทางประสาทหูลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ จากผลการวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้า พบว่าการได้ยินที่ลดลงเพียงเล็กน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการรับรู้ที่ลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว การสูญเสียการได้ยินทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า ซึ่งการเสื่อมของการได้ยินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 55 ปี¹²

2.3 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social engagement) ผลจากการวิเคราะห์ห่อภิรม (Meta analysis) พบว่าบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1.41 เท่า¹³ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการออกไปพบปะกับบุคคลอื่นนอกบ้านช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ นอกบ้าน ทำให้ได้พบเห็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ต้องใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ เลือกว่าจะปฏิบัติอย่างไร ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมอง ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุจึงสามารถป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

2.4 การสูบบุหรี่ (Smoking) เป็นที่ทราบกันดีว่าในบุหรี่ยังมีสารนิโคติน ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว นอกจากนี้คาร์บอนมอนอกไซด์ที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่จะลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจน ทำให้ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงโดยคาร์บอนมอนอกไซด์จะจับฮีโมโกลบินโดยการแทนที่ออกซิเจน อีกทั้งนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จะไปเพิ่มความหนืดของเกร็ดเลือดที่เกิดจากการแข็งตัวของเลือดและกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) ซึ่งการเกิดลิ่มเลือดในสมองอาจส่งผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองขาดเลือดได้ จึงพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 2.28 เท่า และการงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่ากับบุคคลที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือลดลงได้ร้อยละ 50¹⁴

2.5 ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากการศึกษาวิจัยที่มีการติดตามหลายครั้ง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่าในช่วง 10 ปีก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁵ ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าจึงนับว่าเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

2.7 ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงในบุคคลวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คิดเป็น 4.3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง และโอกาสเสี่ยงจะลดลงเป็น 1.9 เท่าในบุคคลที่ได้รับการรักษา เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสามารถของสมอง กล่าวคือมีการลดลงของปริมาตรสมอง น้ำหนักสมอง และมีรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดและเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน¹⁴

2.8 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 4 เท่า และจากรายงานการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นโรคเบาหวานและระดับอินซูลินในเลือดสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์¹⁴

2.9 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกิน ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ที่เพิ่มขึ้นกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มี BMI 22.50-24.99 กก/ม.² มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 1.73 เท่า BMI 25.00-27.49 กก/ม.² มีความเสี่ยง 1.93 เท่า BMI 27.50-29.99 กก/ม.² มีความเสี่ยง 2.30 เท่า และ BMI ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป มีความเสี่ยง 2.54 เท่า โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมักเกิดจากโรคร่วมในผู้ป่วยที่น้ำหนักเกิน¹⁴



2.10 ภาวะไขมันในเลือดสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ด้วย¹⁴

2.11 การออกกำลังกาย มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวัยกลางคนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ¹⁴

2.12 ปัจจัยอื่น ๆ มีรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมมีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมากกว่าคนที่ไม่มีสมองเสื่อม¹⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษาติดตามระยะยาวในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่สัมพันธ์กับการเกิดโรคพาร์กินสัน¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ได้รับมลพิษทางอากาศมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมดังกล่าว พยาบาลจึงควรศึกษาข้อมูลความรู้และให้คำแนะนำ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อาการแสดง ไม่ชัดเจน ญาติมักจะคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้พามาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลสุขภาพบุคคลในชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการให้ผู้สูงอายุซึ่งกำลังจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแต่ยาบรรเทาอาการของโรค ดังนั้นพยาบาลจึงควรเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการคัดกรองและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวดังนี้

1. การประเมินและคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.1 จัดระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนผ่านกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและนำผลการคัดกรองมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลางและมาก นำไปจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม นำมาเข้าโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลุ่มมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลางและมาก ดำเนินการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยแบบประเมินที่นิยมใช้คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai : MMSE-Thai) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความนิยมสูง มีความไวร้อยละ 80 และความจำเพาะร้อยละ 86⁶ ประกอบด้วย orientation for time, orientation for place, registration, attention/calculation, recall, naming, repetition, verbal command, written command, writing, visual construction มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ใช้จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมที่คะแนน 14 คะแนนในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา¹⁸

2. กระบวนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การเดินแอร์โรบิคโยคะ รำไทชิ เพื่อให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองดี ลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท¹⁹ โดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการศึกษาไปข้างหน้าจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ให้ผลสอดคล้องกันว่า การออกกำลังกายสามารถป้องกันการเสื่อมของการรู้คิดได้อย่างมีนัยสำคัญ การออกกำลังกายแบบ High level exercise เป็นการป้องกันที่ดีที่สุด^{20,21} ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการออกกำลังกายสูงที่สุดมีความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์น้อยกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายน้อยที่สุด (RR=1.72, 0.55 ตามลำดับ) และพบว่า การออกกำลังกาย มีความ



สัมพันธ์กันในเชิงลบกับความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม²²

นอกจากนี้ ยังมีผลการศึกษาว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน หรือ การรำไทชิ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของสมองในด้านการจัดการ ความจำ²³

2.2 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม คือ อาหารที่เน้น ผัก ผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง ธัญพืช งดการรับประทานเนื้อแดง เพิ่มการรับประทานปลา และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์

จากผลการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยจำนวน 11 เรื่อง จากกลุ่มตัวอย่าง 23,649 คน สรุปได้ชัดเจนว่าการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการลดลงของความสามารถในการรู้คิดและลดการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้²⁴ โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ และลดการเกิดหลอดเลือดอุดตัน โดยอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเป็น อาหารของผู้ที่อาศัยอยู่ในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งมีการสำรวจพบว่า มีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตยืนยาวมากกว่าที่อื่น ลักษณะของอาหารนี้ เป็นการบริโภคผัก ผลไม้ ถั่ว เมล็ดข้าว (ขนมปัง, พาสต้า) และธัญพืชอื่น ๆ ปริมาณมาก โดยจะรับประทานสด หรือผ่านกระบวนการประกอบอาหารให้น้อยที่สุดเพื่อที่จะรักษาคคุณค่าทางโภชนาการและคุณประโยชน์อื่น ๆ ให้ได้มากที่สุด บริโภคน้ำมันมะกอก ซึ่งเป็นแหล่งหลักของไขมันดี บริโภคปลาและสัตว์ปีกในปริมาณที่พอเหมาะและลดการบริโภคเนื้อแดง บริโภคผลิตภัณฑ์จากนม (เช่น โยเกิร์ตหรือชีส) และไข่ในปริมาณที่เหมาะสม (บริโภคไข่ประมาณ 4 ฟองต่อสัปดาห์) บริโภคไวน์ในปริมาณที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างมื้ออาหาร²⁵

ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุไทย เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยผสมผสานองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ²⁶ และสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²⁷ เข้ากับอาหารเมดิเตอร์เรเนียนดังนี้

ปริมาณแคลลอรี่ที่ผู้สูงอายุไทยต้องการคือ ผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 60-70 ปี ต้องการพลังงาน 2100 และ 1750 กิโลแคลลอรี่ต่อวันตามลำดับ และอายุ 71 ปี

ขึ้นไปต้องการพลังงาน 1750 และ 1550 กิโลแคลลอรี่ต่อวันตามลำดับ²⁷ สัดส่วนของพลังงานตามสารอาหารควรเป็นดังนี้

1) โปรตีน ปริมาณที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ร้อยละ 10-20 ของพลังงานทั้งหมด หรือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ประมาณวันละ 8-10 ช้อนกินข้าว เน้นโปรตีนที่มีคุณภาพคือ มีกรดอะมิโนที่จำเป็นครบถ้วน และเพียงพอ เช่น ปลาทะเล ปลาขาว ไข่ขาว ควรรับประทานเนื้อปลาทะเลอย่างน้อย 2 ส่วนต่อสัปดาห์ (เท่ากับเนื้อสัตว์สุก 60 กรัม หรือ 4 ช้อน) ต้ม นึ่ง อบ ไขมันต่ำและลดการรับประทานเนื้อแดง (หรือรับประทานเพียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2) ไขมัน ปริมาณที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ร้อยละ 20-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน โดยคิดเป็นกรดไขมันอิ่มตัว 8-10% กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวร้อยละ 15 และกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนร้อยละ 10 กรดไขมันที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุคือ กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดโอเมก้า 3 เช่น กรดแอลฟา-ไลโนเลนิก (a-linolenic acid) กรดไขมันอีพีเอ (Eicosapentaenoic acid, EPA) และกรดไขมันดีเอชเอ (Docosahexaenoic acid, DHA) ที่ช่วยป้องกันการเกิดความเสี่ยง มีมากในน้ำมันมะกอก ปลาทะเลและปลาที่มีไขมันสูง เช่น ปลาจาระเม็ดขาว ปลาสำลี ปลากะพงขาว ปลาอินทรี ปลาตูก ปลาช่อน ปลาสลิด เป็นต้น ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารทอด เนื่องจากอาหารทอดมักมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturates) และไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturates) ในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง รวมทั้งหลีกเลี่ยงกรดไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) โดยหลีกเลี่ยงขนมอบ เบเกอรี่ โดนัท

3) คาร์โบไฮเดรต ปริมาณที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ร้อยละ 45-65 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) ที่ผ่านการขัดสีน้อย ได้แก่ ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช ที่ไม่ขัดสี ขนมปังโฮลวีท โดยข้าวแบ่ง 1 ส่วน เท่ากับ 1 ทัพพี (โดยประมาณ) มีคาร์โบไฮเดรต 18 กรัม โปรตีน 2 กรัม ไม่มีไขมัน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลลอรี่ คาร์โบไฮเดรต 1 ส่วน ได้แก่ ข้าวสวย 1 ทัพพี ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี ข้าวต้ม 2 ทัพพี ขนมปัง 1 แผ่น ขนมจีน 1 ทัพพี บะหมี่ 1 ทัพพี เป็นต้น



4) โยอาหารผู้สูงอายุควรได้รับโยอาหาร 25-35 กรัม/วัน จากผักและผลไม้โยอาหารช่วยในการขับถ่าย ทำให้ท้องไม่ผูก นอกจากนี้โยอาหารยังเป็นอาหารที่ดีสำหรับแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดกรดไขมันสายสั้นซึ่งเป็นแหล่งพลังงานจำนวนน้อยๆ อีกทางหนึ่ง ผู้สูงอายุควรรับประทานผักวันละ 6 ส่วน ผลไม้วันละ 3-5 ส่วน ดังนี้ ผักต่างๆ 1 ส่วน เท่ากับ ผักสุก 1 ทับพี หรือ ผักดิบ 2 ทับพี ผักที่ให้พลังงานต่ำมาก (หรือไม่คิดพลังงาน) ได้แก่ ผักกาดขาว ผักกาดสลัด พักเขียว สายบัว กะหล่ำปลี ใบกระเพรา มะเขือ แตงกวา บวบ ผักกวางตุ้ง ชิงอ่อน มะเขือเทศสีดา เป็นต้น ส่วนผักที่ให้พลังงานได้แก่ ถั่วฝักยาว พักทอง ดอกแค แครอท เห็ดฟาง หน่อไม้ ถั่วงอก ผักกระเฉด ผักคะน้า บร็อคโคลี่ มะละกอดิบ หอมใหญ่ เป็นต้น ผักเหล่านี้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม ไม่มีไขมัน ให้พลังงาน 28 กิโลแคลอรี

ผลไม้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ไม่มีโปรตีน และไขมัน ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี (ปริมาณแตกต่างกันตามความหวานของผลไม้แต่ละชนิด) เช่น กล้วยหอม 1/2 ผล ฝรั่ง 1/2 ผล แก้วมังกร 1/2 ผล มะม่วงสุก 1/2 ผล กล้วยน้ำว้า 1 ผล ส้ม 1 ผล ทุเรียน 1 เม็ด (เล็ก) แอปเปิ้ล 1 ผล (เล็ก) มังคุด 4 ผล เงาะ 4 ผล ลองกอง 5-6 ผล มะละกอสุก 6-8 ชิ้น รวมๆ แล้วทั้งวันควรกินผักและผลไม้รวมกันให้ได้ไม่น้อยกว่า ครึ่งกิโลกรัม จึงจะได้โยอาหารเพียงพอ ผลไม้ที่มีโยอาหารมาก ได้แก่ ฝรั่ง สตรอเบอร์รี่ สาลี่หอม แอปเปิ้ล และแก้วมังกรในขณะเดียวกันการเลือกผลไม้ควรคำนึงถึงปริมาณน้ำตาลในผลไม้ด้วย เพราะหากเรากินผลไม้ที่มีรสหวานจัด หรือมีน้ำตาลมาก อาจได้รับโยอาหารเพียงพอแต่ก็อาจทำให้ร่างกายได้รับพลังงานและน้ำตาลเพิ่มขึ้นจนเกินความต้องการของร่างกายทำให้เกิดการสะสมของไขมันและอาจนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินได้ ผลไม้ที่มีน้ำตาลมากใน 1 ส่วน ได้แก่ ลองกอง ลิ้นจี่ เงาะ แตงโม ส้มโอ องุ่นเขียว สละ ชมพู และมังคุด

นอกจากนี้ควรควบคุมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และเกลือ โดยเฉพาะปริมาณที่เติมลงในอาหาร ไม่ให้เกินปริมาณที่เหมาะสม คือ น้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา ไขมัน/น้ำมันไม่เกินวันละ 6-8 ช้อนชา และเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือเท่ากับน้ำปลา/ซีอิ๊วขาว/ซอสปรุงรส/ผงปรุงรส/ผงชูรส ประมาณ 3 ช้อนชา หรือซอสหอยนางรม/ซอสมะเขือเทศ/ซอสพริก ประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ

5) ถั่วและธัญพืช ควรรับประทานถั่ว 30 กรัม/วัน ถั่วอาจเป็นของขบเคี้ยวกินเล่นๆ แต่ในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียน ถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของอาหารด้วย ไม่ว่าจะเป็นถั่ว พิสทาชิโอ อัลมอนต์ เฮเซล วอลนัท หรือเซสนัท ธัญพืช ได้แก่ เมล็ดทานตะวัน เมล็ดงา เมล็ดฟักทอง เป็นต้น

ตัวอย่างเมนูอาหาร ได้แก่ มื้อเช้าข้าวต้มกับมะละกอสุก 6-8 ชิ้น มื้อว่าง ธัญพืช ถั่ว นมไขมันต่ำ 1 แก้ว มื้อกลางวัน ก๋วยเตี๋ยวปลา ผลไม้ เช่น ส้มเขียวหวานหรือกล้วยน้ำว้า มื้อว่างบ่าย ขนมปังกรอบจืด 2 แผ่น น้ำผลไม้ มื้อเย็นแกงจืดเต้าหู้ น้ำพริก ผักต้ม ปลาทุ ก่อนนอน นมไขมันต่ำ 1 แก้ว

2.3 จัดกิจกรรมการฝึกสมองแก่ผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นการรู้คิดของสมอง การได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ อาจจัดในรูปแบบเกมส์ฝึกสมอง หรือการฝึกสมาธิโดยนิมนต์พระมาเป็นผู้นำกิจกรรม หรือเป็นกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

การศึกษาติดตามผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลา 5 ปี จำนวน 801 ราย พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมที่กระตุ้นการรู้คิด ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดดีขึ้น โดยคะแนนการรู้คิดที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 33²⁸ การเพิ่มกิจกรรมการรู้คิดที่ซับซ้อนสัมพันธ์กับ การลดลงของอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมกลุ่มที่เน้นเรื่อง ความตั้งใจ ความจำ การใช้เหตุผล มีผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดเชิงบริหารดีขึ้น และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น²⁹ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงทดลองของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตย์ยา สุวรรณ³⁰ เรื่องผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม พบว่า คะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยกึ่งทดลองของ ณัฏฐา แรมกิ่ง รังสิมันต์ สุนทรไชยา และสารรัตน์ วุฒิอาภา³¹ ดังนั้นการใช้สมองในการคิดและฝึกฝนเป็นประจำจึงช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของการรู้คิด และทำให้การรู้คิดที่ซับซ้อน เช่น การบริหารจัดการ การกระตุ้นประสาทสัมผัส ความจำ การมีเหตุผล การได้รับ



การกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

2.4 จัดให้มีการรวมกลุ่มการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมบริเวณใกล้ ๆ บ้าน เช่น วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสนับสนุนการทำกิจกรรมให้กลุ่มรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง มีการชักชวนผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ออกมานอกบ้าน เข้าสังคม พบปะผู้คนในสังคม กระตุ้นสมองในการรู้จัก และเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นเรื่องสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกจากบ้าน มีการเตรียมการวางแผน การแต่งกาย การเตรียมตัวต่าง ๆ และได้เผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการกระตุ้นความคิด ความจำ การใช้เหตุผลมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรหากิจกรรมที่ชอบ ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน มีความสุข ผ่อนคลาย ควรทำกิจกรรมในสังคมที่ใกล้ตัว เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมในกิจกรรมที่ถนัด และชอบ การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้เกิดความผูกพันกันกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม/สังคม มีเพื่อน ลดความตึงเครียดในชีวิต ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง เกิดความรู้สึกอบอุ่นในใจ มีคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดเครือข่าย ช่วยเหลือกันในกลุ่มชน ร่วมกันแก้ไขปัญหาเสริมพลังอำนาจสู่การพัฒนาคนให้สมบูรณ์ มั่งคั่ง ยั่งยืน³²

นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อยู่คนเดียว ไม่เคยแต่งงาน หย่าร้าง เป็นหม้าย จะเพิ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม³³ ผลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ¹³ พบว่า มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นในบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อย 1.41 เท่า และงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มของ คาร์ลสัน และคณะ³⁴ ศึกษาเรื่องผลของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยการมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรู้จักเชิงบริหารจัดการ (Executive function) เสื่อม เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมพบว่า การรู้จักเชิงซ้อนขึ้น

2.5 จัดบริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น คลินิกป้องกันสมองเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การจัดคลินิกกระตุ้นความจำ ในสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care) และ รพ.สต.

2.6 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารสมอง ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นระยะ

2.7 แนะนำให้งดสูบบุหรี่ หรือแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันสารนิโคติน ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว อีกทั้งนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปเพิ่มความหนืดของเกร็ดเลือดที่เกิดจากการแข็งตัวของเลือดและกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) ซึ่งการเกิดลิ่มเลือดในสมองอาจส่งผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองขาดเลือดได้ จึงพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 2.28 เท่า³

2.8 จัดให้มีคลินิกการให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในทุก รพ.สต. เนื่องจากการดูแลสุขภาพนั้นเป็นการดูแลในหลายมิติ และต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว อาจพบปัญหา หรือมีข้อสงสัยในการปฏิบัติ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจากพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

3. ติดตามประเมินผล

3.1 จัดให้มีกิจกรรมตรวจประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทุก 6 เดือน โดยประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า วัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ตรวจการได้ยิน หากพบความผิดปกติให้ดำเนินการแก้ไขตั้งแต่เนิ่น ๆ พยาบาลควรนำผลที่ได้ไปร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัวในการวางแผนแก้ปัญหา ยับยั้งการพัฒนเป็นโรคเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อมในที่สุด และควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการการใช้ชีวิต และอาจส่งต่อไปพบแพทย์ที่คลินิกเมื่อพบปัญหาสุขภาพ การตรวจสุขภาพเป็นประจำเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะหากมีปัญหาก็เริ่มผิดปกติ และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เริ่มแรกจะสามารถแก้ไขก่อนที่จะมีความก้าวหน้าจนเป็นโรค

บทสรุปและเสนอแนะ

การป้องกันและดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ในการที่จะมีชีวิตอยู่ในระยะยาวโดยไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองได้ มีอิสระในการใช้ชีวิต



ตนเองโดยปราศจากการพึ่งพาผู้อื่น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข แม้ว่าจะมีความเสื่อมของร่างกายเป็นไปตามวัยก็ตาม จึงเป็นบทบาทที่ทำได้อย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมผลงานวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อหุ้ม การศึกษาวิจัยไปข้างหน้าหลายเรื่อง จนได้แนวทางการป้องกันซึ่งจำเป็นต้องใช้มุมมองในหลายมิติ¹ เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวม ทำให้แนวทางการดูแลตนเองเป็นวิธีการผสมผสานการใช้ชีวิตที่เหมาะสม เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมในสังคม และตรวจสุขภาพร่างกายทุก 6 เดือน เพื่อติดตามประเมินผล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้ได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพสมองและชะลอความเสื่อมของสมองได้ตั้งแต่เนิ่นๆ การให้คำแนะนำ ข้อมูล เหตุผล ถึงวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว การดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้แก่ผู้สูงอายุ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ยังช่วยลดภาระแก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงาน สามารถเป็นกำลังแรงงานในระบบเศรษฐกิจของประเทศได้ พยาบาลในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จึงควรให้ความสนใจศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างลึกซึ้ง และมีการวิจัยที่ทำให้มั่นใจต่อแนวทางการดูแล การป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

References

1. Department of Older Persons. Elderly Statistics 2017. [Internet]. 2017. [cited 2018 Aug 1]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1>
2. Bureau of Information. News for Social. [Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 1]. Available from: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=86580
3. Muangpaisan W. Know the truth and understand the elderly health and dementia. Bangkok: SE-Education; 2016.
4. Boontong T, editor. Community care policy for older people. Thailand Nursing and Midwifery Council Newsletter 2017; 19(2): 3-4.
5. Namjuntra R. Rehabilitation of Elders with Dementia. HCU Journal 2010; 14(27): 137-50.
6. Jittapunkul S. Principles of geriatric medicine. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.
7. Wikipedia. Etiology of Alzheimer's disease. [Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 1]. Available from: https://th.wikipedia.org/wiki/Alzheimer_disease#Etiology.
8. Muangpaisan W. Dementia in elderly and prevention. In: Assantachai P, editor. Common Health problem in aging and prevention. 4 th ed. Bangkok: Union creation; 2013.
9. Muangpaisan W. Gerontology and Geriatrics for Primary Care Practice. Nonthaburi: pabpim; 2017.
10. Jeppesen DK, Bohr VA, Stevnsner T. DNA repair deficiency in Neurodegeneration. Prog Neurobiol 2011; 94: 166–200.
11. Valenzuela MJ, Sachdev P. Brain reserve and dementia: a systematic review. Psychol Med 2006; 36: 441–54.
12. Gallacher J, Ilubaera V, Ben-Shlomo Y, Bayer A, Fish M, Babisch W, et al. Auditory threshold, phonologic demand, and incident dementia. Neurology 2012; 79: 1583–90.
13. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Res Rev 2015; 22: 39–57.
14. Muangpaisan W. Risk factor of dementia and prevention [database on the Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 1]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=415>
15. Singh-Manoux A, Dugravot A, Fournier A, Abell J, Ebmeier K, Kivimäki M, et al. Trajectories of depressive symptoms before diagnosis of dementia a 28-year follow-up study. JAMA Psychiatry 2017; published online May 17. DOI:10.1001/jamapsychiatry; 2017.
16. Muangpaisan W. Risk factor of dementia and prevention [database on the Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 1]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=415>



- ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=416
17. Crane PK, Gibbons LE, Dams-O'Connor K, Trittschuh E, Leverenz JB, Keene CD, et al. Association of traumatic brain injury with late-life neurodegenerative conditions and neuropathologic findings. *JAMA Neurol* 2016; 73: 1062–9.
 18. Sungsumran T. Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Promoting Cognitive Ability of Elders with Dementia or Being at Risk in a Nursing Home. Master thesis (Nursing Science). Samut Prakan: Huachiew Chalermprakiet University; 2009.
 19. Kelly ME, Loughrey D, Lawlor BA, Robertson IH, Walsh C, Brennan S. The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2014; 16: 12–31.
 20. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med* 2011; 269: 107–17.
 21. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. [Internet]. 2017. [cited 2018 Jun 1]. Available from: URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext)
 22. Hamer M, Chida Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med* 2009; 39: 3–11.
 23. Kelly ME, Loughrey D, Lawlor BA, Robertson IH, Walsh C, Brennan S. The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2014; 16: 12–31.
 24. Opie RS, Ralston RA, Walker KZ. Adherence to a Mediterranean-style diet can slow the rate of cognitive decline and decrease the risk of dementia: a systematic review. *Aust J Nutr Diet* 2013; 70: 206–217. DOI: 10.1111/1747-0080.12016.
 25. Bertolli. Good Nutrition by Mediterranean diet. [Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 3]. Available from: URL: <http://www.bertolli.asia/tha/mediterranean-diets/>
 26. Kriengsinyos W, Panvichitsiri K, Yamborisut U, et al. Knowledge of food and nutrition for all ages, Thai National Food committee 2016. [database on the Internet]. 2017. [cited 2018 Jul 3]. Available from: URL: http://www.inmu.mahidol.ac.th/Th/freebook_01.pdf
 27. Taechangam S, Pachotikan C, Saleepan S. Adequate food for ages, Bureau of Nutrition 2010. [Internet]; 2017. [cited 2018 Jul 3]. Available from: URL: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/file/กินตามวัยให้พอดี.pdf>
 28. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA* 2002; 287: 742–8.
 29. Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2271–81.
 30. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effects of Cognitive Stimulation Program on mental status and activities of daily living among activities of daily living among elderlies who are at risk of or having dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2016; 9(2):145-58.
 31. Ramking N, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The Effect of a Cognitive Stimulation Program on The Cognitive Function of Older Adults with mild Cognitive impairment. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36(2):114-22.
 32. Daenseekaew S, Koomkhinam T, Saensom D, Rattanakanokchai S, Dhumnok K, Seubkinom O, et al. Thai Human Development for Sustainable Living. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36(2):214-21.
 33. Sundstrom A, Westerlund O, Kotyrlo E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open* 2016; 6: e008565.
 34. Carlson MC, Saczynski JS, Rebok GW, Seeman T, Glass TA, McGill S, et al. Exploring the effects of an “everyday” activity program on executive function and memory in older adults: Experience Corps. *Gerontologist* 2008; 48: 793–801.