

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: การประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง

ฐิตินันท์ ดวงจิรา พย.ม.*

บทคัดย่อ:

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางการรู้คิดที่อยู่ระหว่างการรู้คิดบกพร่องที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุ พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทในการช่วยผู้สูงอายุปรับวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการส่งเสริมให้มีกิจกรรมกายและปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานานจึงจะสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยความเคยชินจนเป็นนิสัย ประกอบกับการมีความบกพร่องทางการรู้คิด ความจำ และการตัดสินใจอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การนำทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองมาประยุกต์ใช้โดยตอบสนองแรงจูงใจภายใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการมีความสามารถโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและฝึกทักษะการปรับวิถีชีวิต 2) ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และ 3) ความต้องการเป็นอิสระในตนเองโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติการปรับวิถีชีวิตด้วยตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะยาวอาจช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 5-18

คำสำคัญ: การปรับวิถีชีวิต/ ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง/ การพยาบาล/ ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

วันที่ได้รับ 14 ต.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 ต.ค. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 8 พ.ย. 64

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: Thitinan.d@cmu.ac.th

Nursing Care for Older Persons with Mild Cognitive Impairment: Application of the Self-Determination Theory

Thitinan Duangjina M.N.S. *

Abstract:

Mild cognitive impairment (MCI) is a common condition in older persons. MCI is a cognitive disorder between aging-induced cognitive impairment and dementia. Nurses assigned to gerontological care, therefore, play an important part in helping older persons adjust their lifestyles, as a delay mechanism against dementia. Such adjustment can be through physical activities and dietary modifications, both of which older persons are required to practice on a regular basis over a long period of time for the purpose of delaying dementia onset. However, in most older persons, lifestyles have become habitual and, therefore, difficult to adjust. Besides, their impaired cognition, memory, and decision-making power may deprive them of a motivation to adopt health-promoting behaviour.

The application of the Self-Determination Theory is expected to generate positive motivations by responding to these three domains: 1) the need for competency, through education on dementia and practice in building lifestyle adjustment skills; 2) the need for social interaction, through peer group activities; and 3) the need for independence, through promotion of decision-making regarding adjustment of their own lifestyles. It is expected that responses to such needs would motivate older persons to determine their own health-benefiting behaviour and regularly maintain it, which, in the long run, could help delay the occurrence of dementia.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(1) 5-18

Keywords: lifestyle adjustment; Self-Determination Theory; nursing care; older persons with mild cognitive impairment

Received 14 October 2020, Revised 11 October 2021, Accepted 8 November 2021

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, E-mail: Thitinan.d@cmu.ac.th

บทนำ

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment [MCI]) เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรประเทศไทย ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย จากรายงานการสำรวจพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2554 พบร้อยละ 21¹ พ.ศ. 2556 พบร้อยละ 24.6² และพ.ศ. 2563 พบถึงร้อยละ 71.4³ โดยภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากขึ้นในการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากมักหลงลืมบ่อย ๆ บางรายอาจมีปัญหากล้ามเนื้อไม่เข้าใจสาส์นซึ่งทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง หรืออาจมีปัญหาคิดตัดสินใจซึ่งต้องได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว⁴ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนไปเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8 ถึง ร้อยละ 15 ในเวลา 1 ปี หรือทุก ๆ 8 ใน 10 คน จะเปลี่ยนไปเป็นภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 7 ปี⁵ การดำเนินของโรคจะทำให้การรู้คิดบกพร่องมากขึ้นจนส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงกระทั่งเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และอ่อนล้ากับผู้ดูแล⁶ ในส่วนของรัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณ และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพึ่งพิงมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ทรัพยากรแรงงานมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากต้องกลายเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว⁷

การชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงมีความสำคัญ โดยการปรับที่ปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นกลไกการเกิดภาวะ

สมองเสื่อม คือ วิธีชีวิต⁸ พยาบาลผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทหลักในการช่วยผู้สูงอายุปรับวิถีชีวิตเนื่องจากเป็นผู้ที่เข้าใจความแตกต่างความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นร่วมกับการปรับรูปแบบการรับประทานอาหารซึ่งผู้สูงอายุต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาจนจะสามารถชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามการปรับวิถีชีวิตยังคงเป็นความท้าทายของพยาบาล เนื่องจากวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยความเคยชินจนเป็นนิสัย ประกอบกับการมีปัญหาด้านการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ และการไม่เข้าใจสาส์นจึงอาจเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้และการฝึกทักษะ และอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁰ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง¹¹ โดยตอบสนองแรงจูงใจภายใน 3 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการมีความสามารถ 2) ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ 3) ความต้องการมีอิสระในตนเอง อาจทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง บทความนี้จะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อม การปรับวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับวิถีชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถปรับวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment [MCI]) หมายถึง ความผิดปกติของการ

ทำหน้าที่ทางการรู้คิด (cognitive function) ที่อยู่ระหว่างการรู้คิดบกพร่องที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ (cognitive decline/cognitive impairment) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)¹² ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมักมีการลดลงของการทำหน้าที่ทางการรู้คิดที่ตัวผู้สูงอายุเอง ญาติหรือผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่ามีจริง และประเมินจากแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแล้วพบว่ามีความผิดปกติ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยตรวจพบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ความจำ (memory) การบริหารจัดการ (executive function) การใช้ภาษา (language function) มิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และทักษะพิสัย (psychomotor function) การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยโดยทั่วไปแบ่งได้ 4 ชนิด ได้แก่ 1) ความผิดปกติด้านความจำเพียงอย่างเดียว (amnesic mild cognitive impairment with single domain) 2) ความผิดปกติด้านความจำร่วมกับด้านอื่นหลายด้าน (amnesic mild cognitive impairment with multiple domain) 3) ไม่มี ความผิดปกติด้านความจำแต่ผิดปกติด้านอื่นเพียงหนึ่งด้าน (non-amnesic mild cognitive impairment with single domain) 4) ไม่มี ความผิดปกติด้านความจำแต่ผิดปกติด้านอื่นหลายด้าน (non-amnesic mild cognitive impairment with multiple domain) โดยแต่ละชนิดอาจนำไปสู่ชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน¹³

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางการรู้คิดอย่างน้อย 1 ด้าน โดยส่วนใหญ่จะบกพร่องด้านความจำเป็นหลักหรือความจำร่วมกับด้านอื่นหลายด้าน ซึ่งโดยส่วนใหญ่อาจพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ขั้นพื้นฐานได้ (activity daily living [ADL]) คือสามารถเดินในบ้าน ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร และใช้ห้องน้ำได้ แต่อาจมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (instrumental activities of daily living [IADL]) กล่าวคือ ผู้สูงอายุอาจหลงลืมตำแหน่งสิ่งของ ลืมว่าได้ทำกิจกรรมนั้นไปแล้ว ทำให้ไม่สามารถเตรียมอาหาร ทำงานบ้าน หรือรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้เองอย่างปกติ โดยอาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากบางรายสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการร่วมด้วย อาจทำให้ความสามารถในการคิดเงิน ทอนเงิน หรือบริหารรายรับรายจ่าย บกพร่องจึงไม่สามารถซื้อของ จ่ายตลาด หรือใช้บริการรถสาธารณะได้ด้วยตนเอง¹² จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนมากกว่าหนึ่งกิจกรรมถึงร้อยละ 57.8¹⁴ ยิ่งมีความบกพร่องการทำหน้าที่ทางการรู้คิดมากเท่าไรผู้สูงอายุยิ่งมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนมากเท่านั้น หากการทำหน้าที่ทางการรู้คิดลดลงมากจนกระทั่งทำให้บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยแล้ว แสดงถึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในทางเสื่อมลงของสมองจนกระทั่งเปลี่ยนไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้⁴

กลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ พันธุกรรม และวิถีชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 2 ระดับ ได้แก่ ระดับเซลล์ และระดับโมเลกุล ในระดับเซลล์

เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาททำให้มีการสะสมของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ (beta-amyloid) มีการตกตะกอนเกาะรวมกันอยู่ภายในเซลล์ จนเกิดเป็นคราบอะไมลอยด์ (amyloid plaques) ทำให้ขัดขวางการส่งกระแสประสาท ประกอบกับการเสื่อมของเซลล์ประสาทยังทำให้มีการสะสม บิดเกลียว และพันกันเป็นก้อนของโปรตีนเทา (tau) มากเกินไป จนเกิดพยาธิสภาพที่เรียกว่า นิวโรไฟบริลลารีแท่งเกลิล (neurofibrillary tangle) ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถคงรูปไมโครทิวบูล (microtubule) ไว้ได้ สมองจึงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ในส่วนการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุในระดับโมเลกุล เกิดจากในผู้สูงอายุมีภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) เนื่องจากการมีสารอนุมูลอิสระ (free radical) ในร่างกายมากขึ้นจากการตายของเซลล์ตามอายุขัย เมื่อสารอนุมูลอิสระไปจับกับเซลล์หรือเยื่อหุ้มเซลล์จึงนำไปสู่การทำลายและเสื่อมสลายของเซลล์ดีเอ็นเอ โปรตีน และไขมันนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ส่วนใหญ่สำหรับผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเริ่มต้นที่สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำโดยเฉพาะความจำระยะสั้น จากนั้นความเสียหายอาจแพร่กระจายไปสู่สมองส่วนอื่น ๆ จนกระทั่งทำให้เกิดการบกพร่องของการเรียนรู้ การบริหารจัดการ การใช้ภาษา มิติสัมพันธ์ และทักษะพิสัยร่วมด้วย⁴ ทั้งนี้ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุในทางที่เสื่อมลงมากขึ้นเท่านั้น

2. พันธุกรรม ผู้สูงอายุที่ขาดยีนส์ Apolipoprotein E (APOE) ชนิด E4 มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึง 15-20 เท่า เนื่องจากทำให้การขจัดโปรตีนอะไมลอยด์เบต้าออกจากเซลล์ประสาททำได้น้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีการกลายพันธุ์ของยีนส์ TREM2 ยังมีโอกาสเสี่ยง

ในการเกิดโรคสมองเสื่อมทั้งชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป 3-5 เท่า เนื่องจากกเกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและการกระตุ้นปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิดปกติจึงทำให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน และเกิดปฏิกิริยาการอักเสบกับหลอดเลือดได้⁵

3. วิถีชีวิต หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยที่ลักษณะของพฤติกรรมต่าง ๆ จะเป็นตัวบ่งบอก เป็นวิธีที่กระทำประจำจนเป็นนิสัย ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมักมีปัญหาด้านการคิดและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จนอาจกลายเป็นวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นกลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย และรูปแบบการรับประทานอาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 กิจกรรมทางกาย หมายถึง การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติขณะพัก แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมทางกายระดับหนัก ระดับปานกลาง การเดิน และพฤติกรรมการนั่ง⁶ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีกิจกรรมทางกายในรูปแบบการเดิน และพฤติกรรมการนั่งเท่านั้น¹⁷ โดยหากผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายไม่ถึงระดับปานกลาง อาจทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ทางการรู้คิด 6 ใน 8 การศึกษาพบว่ากิจกรรมทางกายไม่ถึงระดับปานกลางทำให้การรู้คิดบกพร่องมากขึ้นจนอาจกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมได้¹⁸

3.2 รูปแบบการรับประทานอาหาร หมายถึง ชนิด และปริมาณอาหารที่บริโภค ผู้สูงอายุอาจมีรูปแบบการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนองระบบย่อยอาหารคือ จำนวนและคุณภาพฟันลดลง ผู้สูงอายุจึงมักรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เนื่องจากนุ่มและเคี้ยวง่าย ซึ่งมีผลทำให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิดลดลงเนื่องจากอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมันและน้ำมันหมู¹⁹ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบซึ่งกระตุ้นการเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และทำให้เกิดการสะสมของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์²⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของไขมันอิ่มตัวกับการทำหน้าที่ทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ 2 ใน 4 การศึกษา พบว่าการรับประทานไขมันอิ่มตัวเพิ่มความเสี่ยงทำให้การรู้คิดบกพร่องมากยิ่งขึ้นซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์²¹

นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจหลีกเลี่ยงการรับประทานผักหรืออาหารกากใยเนื่องจากจำนวนและคุณภาพฟันลดลงจึงทำให้เคี้ยวยากขึ้น ร่วมกับการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนลดลง ทำให้อาหารอยู่ในหลอดคอนานขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการกลืนโดยเฉพาะผักหรืออาหารประเภทกากใยจึงอาจทำให้ขาดวิตามินและเกลือแร่ได้ ซึ่งมีผลทำให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิดลดลง การขาดสารต้านอนุมูลอิสระที่ได้รับจากผักและผลไม้ นั้น ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และเกิดการสะสมของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ โดยเฉพาะการขาดวิตามินบี 6 และวิตามินบี 12 ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นพลังงานทำให้เซลล์สมองได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ และยังช่วยลดการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท²² จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทาน

อาหารที่มีวิตามินบีและการลดลงของการทำหน้าที่ทางการรู้คิด พบว่าการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบีน้อยทำให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิดลดลง²³

โดยสรุปแล้วปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยภายในที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนองแม้จะเปลี่ยนแปลงไม่ได้แต่สามารถชะลอไม่ให้เสื่อมลงมากกว่าเดิมได้ด้วยการปรับที่ปัจจัยภายนอกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมคือการปรับวิถีชีวิต โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นร่วมกับการปรับรูปแบบการรับประทานให้เหมาะสม²⁴

การปรับวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

วิถีชีวิตที่เหมาะสมสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยต้องเริ่มจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น และปรับรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีผลดีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การออกกำลังกายที่มีผลดีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิดมากที่สุดคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน และการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายแบบไทชิ โดยให้มีความหนักอยู่ในระดับปานกลางหรือทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) เท่ากับร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด นานครั้งละ 45-60 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันอย่าง 12 สัปดาห์ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดี ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ เซลล์สมองจึงได้รับออกซิเจนและพลังงาน

โดยเฉพาะสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่มีหน้าที่ด้านความจำ²⁵

สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิดที่วัดจากการเปลี่ยนแปลงดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ (biomarker) ในเลือด ได้แก่ BDNF (Brain – Derived Neurotrophic Factor), IGF-1 (insulin-like growth factor-1) และ VEGF (vascular endothelial growth factor) ในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยด้านความจำเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคทำให้ดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ ได้แก่ BDNF และ IGF-1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มที่ VEGF จะเพิ่มขึ้นหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมอีกด้วย ส่วนการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านทำให้ดัชนีชี้วัดทางชีวภาพเพิ่มขึ้นเพียงตัวเดียวเท่านั้นคือ IGF-1²⁶

โดยสรุปแล้วหากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการบกพร่องเล็กน้อยออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นหลักในระดับปานกลาง นานครั้งละ 45-60 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยอาจทำร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด อาจช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

2. การปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร

รูปแบบการรับประทานอาหารที่มีผลดีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคืออาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet)²⁷ ซึ่งเป็นการรับประทานอาหารพืชและธัญพืชเป็นอาหารหลัก เนื่องจากวิตามินเอ วิตามินอี วิตามินซี และเกลือแร่ที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ทำให้ลดภาวะเครียดออกซิเดชันและลดการสะสมของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ การรับประทานปลาและอาหารทะเลซึ่งมีวิตามินบี 6 และ

วิตามินบี12 จะช่วยในกระบวนการเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นพลังงานทำให้เซลล์สมองได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ และลดการเสื่อมของเซลล์ประสาท การจำกัดไขมันอิ่มตัวโดยรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวแทนจะช่วยลดปฏิกิริยาการอักเสบจากการเผาผลาญไขมัน จึงทำให้สารอนุมูลอิสระลดลง ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารแต่ละประเภทในสัดส่วนที่เหมาะสม ผักหลากสี 6 ส่วนต่อวันขึ้นไป (1 ส่วน เท่ากับ ผักสด 2 ท็อปส์ และ ผักต้ม 1 ท็อปส์) ผลไม้หวานน้อย 3 ส่วนต่อวัน (1 ส่วน เช่น ส้มผลใหญ่ 1 ผล, กล้วยน้ำว้า 1 ผล และฝรั่ง ½ ผล) ข้าวแป้งที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ เช่น ข้าวกล้อง และถั่วชนิดต่าง ๆ เป็นต้น 8-12 ส่วนต่อวัน (1 ส่วน เช่น ข้าวสวย 1 ท็อปส์ และขนมปัง 1 แผ่น) ส่วนไขมันควรเป็นไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก และน้ำมันรำข้าว เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ 2 ส่วนต่อวัน เนื้อปลาหรืออาหารทะเล 5-6 ส่วนต่อสัปดาห์ เนื้อไก่และไข่ 4 ส่วนต่อสัปดาห์ ควรหลีกเลี่ยงเนื้อแดง เช่น เนื้อหมูหรือเนื้อวัว รับประทานได้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน ครีมเทียม และเกลือโซเดียม²⁸

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นและการปรับรูปแบบการรับประทานอาหารต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนเกิดเป็นวิถีชีวิตจึงจะเห็นผลดีต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด และในระยะยาวจะช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามยังคงเป็นความท้าทายของทั้งตัวผู้สูงอายุเองและพยาบาลผู้สูงอายุ เนื่องจากวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยความเคยชินเป็นเวลานานต่อเนื่องจนเป็นนิสัย หากมีผู้อื่นเป็นผู้กำหนดรูปแบบกิจกรรมโดยที่ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสเลือกวิธีปฏิบัติอาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง แต่หากผู้สูงอายุมีอิสระ

ในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองก็จะทำให้ผู้สูงอายุอยากมีส่วนร่วมในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองจะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการตอบสนองแรงจูงใจภายใน โดยเฉพาะความต้องการเป็นอิสระของบุคคล โดยอาจทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเนื่องในระยะยาว

แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง

แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตัวเอง (self-determination theory) ของ เดซี และไรอัน¹¹ เป็นแนวคิดที่อ้างอิงถึงความสามารถของแต่ละบุคคลในการเลือกอย่างอิสระและจัดการชีวิตตนเอง การตัดสินใจด้วยตนเองช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือกและควบคุมชีวิตตนเอง โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจภายในทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการมีความสามารถ โดยบุคคลจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญและเรียนรู้ทักษะที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีทักษะที่จำเป็นที่จะประสบความสำเร็จแล้ว ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยบุคคลต้องรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และมีความผูกพันกับบุคคลอื่น และ 3) ความต้องการเป็นอิสระในตนเอง โดยบุคคลต้องมีความรู้สึกสามารถควบคุมพฤติกรรมและมีเป้าหมายของตนเอง ซึ่งความรู้สึกว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองโดยตรงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมุ่งมั่นและส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจภายนอกผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะในเชิงบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนอกจากจะเป็นการเสริมแรงจูงใจภายนอกยังทำให้แรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นคือช่วยให้บุคคลรู้สึกมีความสามารถมากขึ้น

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีปัญหา ด้านการคิดทำให้เป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้ทักษะต่างๆ รวมถึงมีปัญหาด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการไม่เข้าใจสารสนเทศ จึงทำให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง การตอบสนองแรงจูงใจภายในทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง¹¹ จึงช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องผ่านการตอบสนองแรงจูงใจภายใน จากการพัฒนาทฤษฎีการศึกษาค้นคว้าความเป็นไปได้ของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย²⁹ โดยโปรแกรมได้สนับสนุนความเป็นอิสระโดยให้กำหนดเป้าหมายของตนเอง ให้ผู้สูงอายุผลัดกันเป็นผู้นำการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งทำให้การเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีอิสระ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าตลอดระยะเวลา 6 เดือน ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยังคงอยู่ในโปรแกรมถึง ร้อยละ 95 และผู้สูงอายุยังระบุว่าได้รับประโยชน์จากเทคนิคการสอนโดยช่วยให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นและเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มเลยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน

บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี หากพยาบาลผู้สูงอายุประยุกต์

ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองในการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก็จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุปรับวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยมีบทบาทดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลผู้สูงอายุ ควรประเมินการทำหน้าที่ทางการรู้คิดด้วยการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุแล้วบันทึกลงในแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ทดสอบหลายด้านของการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น (short-term memory) ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม (visuospatial) การบริหารจัดการ (executive function) สมาธิจดจ่อ (attention) ภาษา (language) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) หากผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะมีคะแนนน้อยกว่า 25 จาก 30 นอกจากนี้ควรสอบถามผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งชนิดวิธีการออกกำลังกายที่ผ่านมา รูปแบบและข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร รวมถึงข้อจำกัดในการเรียนรู้ การสื่อสาร และการเข้าถึงสังคมของผู้สูงอายุ แต่ละราย

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลผู้สูงอายุ ควรประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย ในการปรับพฤติกรรมและวิถีชีวิตอย่างครอบคลุม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองแรงจูงใจภายใน เช่น ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ปัจจัยด้านผู้ดูแล และครอบครัว

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลผู้สูงอายุ ควรวางแผนร่วมกับผู้สูงอายุในการปรับพฤติกรรม และวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการกำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงตามความคาดหวังที่

เป็นไปได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย

4. การปฏิบัติการพยาบาล

4.1 การปฏิบัติการพยาบาลนอกจากให้ความรู้และการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังต้องให้ความรู้กับผู้ดูแล โดยต้องคำนึงถึงความต้องการจำเป็นและบริบทที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนี้

4.1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทางการรู้คิด

4.1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับวิถีชีวิตด้วยการออกกำลังกายตามหลัก FITT ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แนะนำว่าเป็นประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด คือออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นหลัก ในระดับปานกลาง นานครั้งละ 45-60 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยอาจทำร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด อย่างไรก็ตาม พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถ และข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายด้วย

4.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักเมดิเตอร์เรเนียน ตารางอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดพลังงานในแต่ละวัน สัดส่วนอาหารในหมวดต่าง ๆ ตามดัชนีมวลกาย อาหารหรือเครื่องดื่มที่ควรงด และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงโดยใช้โมเดลอาหาร โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านการเงิน ที่อาจมีผลต่อการจัดซื้ออาหารของผู้สูงอายุ

4.1.4 สอบถามผู้สูงอายุถึงชนิด และวิธีการออกกำลังกายที่ผ่านมา กรณีที่ผู้สูงอายุมีวิธีการ

ออกกำลังกายที่เคยปฏิบัติมาก่อนแล้ว พยาบาลควรให้ออกกำลังกายตามแบบเดิม แต่หากผู้สูงอายุที่ไม่มีวิธีการออกกำลังกายที่เคยปฏิบัติมา พยาบาลควรให้โอกาสเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจ และถนัด จากนั้นส่งเสริมให้ฝึกออกกำลังกายตามชนิดนั้น

4.1.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายของตนเองทั้งความหนัก ระยะเวลา ความถี่ ให้ยืดหยุ่นได้ตามข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย แต่พยายามให้ถึงเป้าหมายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แนะนำว่าเป็นประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิด

4.1.6 แนะนำการบันทึกพฤติกรรม การออกกำลังกายโดยจะให้จดบันทึกทุกครั้งที่มีการออกกำลังกายว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ทั้งความหนัก ระยะเวลา และความถี่ ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายให้ระบุเหตุผลที่ทำให้ไม่ได้ตามเป้าหมาย หรืออุปสรรคที่พบ

4.1.7 จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (peer group) โดยให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ทดลองระบุสัดส่วนของอาหารในหมวดต่างๆ ตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนโดยใช้โมเดลอาหาร และให้อิสระในการเลือกจัดเมนูอาหารที่ตนเองต้องการรับประทานใน 1 วัน หากผู้สูงอายุจัดเมนูอาหารได้เหมาะสมตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน พยาบาลควรให้คำชมเชย และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อบ้าน

4.1.8 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนโดยให้ยืดหยุ่นได้ตามความเชื่อและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านการเงิน

4.1.9 แนะนำการบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพื่อติดตามผลของการทำ

กิจกรรม โดยให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จดบันทึกการรับประทานอาหารว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายให้ระบุเหตุผลที่ทำให้ไม่ได้ หรืออุปสรรคที่พบ

4.2 กลยุทธ์ในการสอนและการจัดกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง มีดังนี้

พยาบาลควรใช้กลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความบกพร่องด้านความจำและสติปัญญา โดยควรให้ระยะเวลาในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ และไม่ควรเกินครึ่งละ 20-40 นาที สอนในประเด็นที่สำคัญและชัดเจน สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ให้มีความสุขเป็นมิตรสงบ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการเรียนรู้ คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง การใช้คำพูดควรพูดช้า ๆ ชัดเจน เนื้อหากระชับรัด ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้สื่อการสอนที่มีตัวอักษรขนาดใหญ่ เนื้อหาการสอนควรเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ควรเว้นระยะเวลาเมื่อต้องการให้ผู้สูงอายุถามคำถาม หรือตอบคำถาม การให้ผู้สูงอายุปฏิบัติจริงหรือการใช้สื่อวิดีโอทัศน์จะทำให้ผู้สูงอายุจดจำได้ดีขึ้น จัดหาสิ่งที่จะช่วยทบทวนความจำ เช่น จัดทำคู่มือโดยชนิดตัวอักษรควรมีขนาดใหญ่ใช้ตัวอักษรสีต่างบนพื้นขาว ควรใช้ภาพและข้อความที่ไม่ยาวจนเกินไป เน้นข้อความสั้น ๆ ที่สำคัญ เพื่อให้สามารถจดจำและอ่านได้ง่าย ควรมีผู้ช่วยสอนเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ³⁰

5. การประเมินผล

5.1 นัดประชุมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยโดยใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อเป็นการเสริมแรงจิตใจภายนอกโดยให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย และแลกเปลี่ยนปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งแต่ละครั้ง

พยาบาลควรมีการตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรม การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พร้อมทั้งพูดคุยถึงปัญหา อุปสรรค หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน

5.2 สอบถามถึงผลลัพธ์ที่ดี และเพิ่มแรงจูงใจ ภายในโดยใช้ให้ผู้สูงอายุเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผ่านมามีในด้านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและ

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

องค์ประกอบของแรงจูงใจ	บทบาทของพยาบาล
การสร้างแรงจูงใจภายใน	
1. ความต้องการมีความสามารถ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกี่ยวกับ การรู้คิดที่บกพร่องเล็กน้อย ภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และความสำคัญของการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เพื่อให้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าด้วยตนเอง - ฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่ามีทักษะที่จำเป็นที่จะประสบความสำเร็จ - การเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์แบบแข่งขันช่วยเสริมสร้างความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมากขึ้น
2. ความต้องการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความสนใจ ความสนุกสนาน ความพึงพอใจจากภายในเมื่อได้เปรียบเทียบกับผู้อื่น เสริมสร้างความรู้สึกร่วมกัน และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
3. ความต้องการเป็นอิสระในตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายของตนเองในการออกกำลังกายและปรับการรับประทานอาหารตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน - ให้อิสระในการเลือกชนิดการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจ และตามข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย บนหลักการออกกำลังกายตามหลักFITT และให้อิสระในการเลือกจัดเมนูอาหารที่ตนเองต้องการรับประทานใน 1 วัน ตามหลักอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมและปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ต่อ)

องค์ประกอบของแรงจูงใจ	บทบาทของพยาบาล
การสร้างแรงจูงใจภายนอก	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อเป็นการเสริมแรงจูงใจภายนอกโดยให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้พูดคุย และแลกเปลี่ยนปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน - ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การปรับวิถีชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับวิถีชีวิตโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และปรับรูปแบบการรับประทานอาหารซึ่งต้องปฏิบัติติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องจึงจะสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาจขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมหากมีบุคคลอื่นมากำหนดแนวทางการปรับวิถีชีวิต ประกอบกับการมีความบกพร่องด้านการคิด ความจำ และการตัดสินใจซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการปรับวิถีชีวิตได้ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองจะช่วยตอบสนองแรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุอยากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและอาจช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยพยาบาลผู้สูงอายุควรใช้กลยุทธ์การปรับวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับสภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วย การนำเสนอบทความนี้นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการพยาบาลเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแล้ว ยังเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยทางการพยาบาลในการจัดทำ

โปรแกรมการปรับวิถีชีวิตด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต่อไปในอนาคต

References

1. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. BMC Neurol 2013;13(1):1-11.
2. Subindee S, Sritanyarat W. Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit, Khon Kaen province. Journal of Nursing Science and Health 2014;37(1):43-50. (in Thai)
3. Griffiths J, Thaikrua L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2020;10(1):38-45.
4. Tangalos EG, Petersen RC. Mild cognitive impairment in geriatrics. Clin Geriatr Med 2018;34(4):563-89.
5. Petersen RC. Mild cognitive impairment. Continuum (Minneapolis) 2016;22(2):404-8.
6. Carlozzi NE, Sherman CW, Angers K, Belanger MP, Austin AM, Ryan KA. Caring for an individual with mild cognitive impairment: a qualitative perspective of health-related quality of life from caregivers. Aging Ment Health 2018;22(9):1196-204.

7. Gitlin LN, Maslow K, Khillan R. National research summit on care, services, and supports for persons with dementia and their caregivers. Report to the National Advisory Council on Alzheimer's Research, Care, and Services 2018.
8. Kimura N, Aso Y, Yabuuchi K, Ishibashi M, Hori D, Sasaki Y, Nakamichi A, Uesugi S, Fujioka H, Iwao S, Jikumaru M. Modifiable lifestyle factors and cognitive function in older people: a cross-sectional observational study. *Front Neurol* 2019;10(1):1-12.
9. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2018;14(11):653-66.
10. Forstmeier S, Maercker A. Motivational processes in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: results from the Motivational Reserve in Alzheimer's (MoReA) study. *BMC psychiatry* 2015;15(1):1-8.
11. Deci EL, Ryan RM. Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. In *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston: Springer; 1985.
12. Tuokko HA, Hultsch DF. *Mild cognitive impairment: international perspectives*. New York: Psychology Press; 2020.
13. Subramanyam AA, Singh S. Mild cognitive decline: concept, types, presentation, and management. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2016;3(1):10-20.
14. Makino K, Lee S, Bae S, Shinkai Y, Chiba I, Shimada H. Relationship between instrumental activities of daily living performance and incidence of mild cognitive impairment among older adults: a 48-month follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 2020;88(1):1-10.
15. Wolfe CM, Fitz NF, Nam KN, Lefterov I, Koldamova R. The role of APOE and TREM2 in Alzheimer's disease—current understanding and perspectives. *Int J Mol Sci* 2019;20(1):1-20.
16. International Physical Activity Questionnaire Group. Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire – short and long forms. [Internet]. 2005 [cited 2020 Oct 18]. Available from <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
17. Vancampfort D, Stubbs B, Lara E, Vandebulcke M, Swinnen N, Koyanagi A. Mild cognitive impairment and physical activity in the general population: findings from six low- and middle-income countries. *Exp Gerontol* 2017;100(1):100-5.
18. Falck RS, Davis JC, & Liu-Ambrose T. What is the association between sedentary behaviour and cognitive function?: a systematic review. *Br J Sports Med* 2017;51(10):800-11.
19. Martínez RG, Jiménez AO, López AS, Ortega RM. Nutrition strategies that improve cognitive function. *Nutr Hosp* 2018;35(6):16-9.
20. Vauzour D, Camprubi-Robles M, Miquel-Kergoat S, Andres-Lacueva C, Bánáti D, Barberger-Gateau P, et al. Nutrition for the ageing brain: towards evidence for an optimal diet. *Ageing Res Rev* 2017;35(1):222-40.
21. Barnard ND, Bunner AE, Agarwal U. Saturated and trans fats and dementia: a systematic review. *Neurobiol Aging* 2014;35(1):65-73.
22. Shakersain B. Impact of nutritional status and diet on cognitive decline and survival. [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 18]. Available from <https://www.semanticscholar.org/paper/Impact-of-nutritional-status-and-diet-on-cognitive-Shakersain/>
23. Hughes CF, Ward M, Tracey F, Hoey L, Molloy AM, Pentieva K, et al. B-vitamin intake and biomarker status in relation to cognitive decline in healthy older adults in a 4-year follow-up study. *Nutrients* 2017;9(1):53-67.

24. Wahl D, Solon-Biet SM, Cogger VC, Fontana L, Simpson SJ, Le Couteur DG, Ribeiro RV. Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiol Dis* 2019;130(1): 104-81.
25. Northey JM, Cherbuin N, Pumpa KL, Smee DJ, Rattray B. Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2018;52(3): 154-60.
26. Tsai CL, Ukropec J, Ukropcová B, Pai MC. An acute bout of aerobic or strength exercise specifically modifies circulating exerkine levels and neurocognitive functions in elderly individuals with mild cognitive impairment. *NeuroImage Clin* 2018;17(1):272-84.
27. McGrattan AM, McEvoy CT, McGuinness B, McKinley MC, Woodside JV. Effect of dietary interventions in mild cognitive impairment: a systematic review. *Br J Nutr* 2018;120(12):1388-405.
28. Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *J Intern Med* 2021;209(1):549-566.
29. Fischer BL, Midden AJ, Hoffmann A, Urben D, DeWitt L, Kohlman K, Sherman K, Myers S, Clemson L, Mahoney JE. Stepping Out: A pilot program to reduce falls risk in people with mild cognitive impairment. *OBM Geriatrics* 2021;5(1):1-16.
30. Finsen B, Formosa M. Geragogy. In *Lifelong learning in later life*. Malta: Sense Publishers 2011.