

ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย

Effect of Dementia on Older Adult in Thailand

ชัชวาล วงศ์สารี*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอย ด้านความรู้ปัญญาและทางด้านสติปัญญาของบุคคล พฤติกรรมการแสดงออกจะผิดปกติทางการรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณ การตัดสินใจและการใช้ภาษา อุบัติการณ์จะมากขึ้นตามอายุ ที่มากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 10.3 ล้านคน พบจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 229,100 คน และคาดการณ์ที่ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม 450,200 คน เป็นจำนวนขั้นต่ำในปี พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้น เป็นสองเท่าทุก 20 ปี จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าภาวะสมองเสื่อม คือผลกระทบด้านลบของประเทศไทย ซึ่งมีผลกระทบดังนี้

1) ผลกระทบต่อผู้ป่วย 2) ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การ ดูแล 3) ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ชุมชนและสังคม 4) ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจประเทศไทย 5) ผลกระทบ ต่อระบบสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อมทำให้ต้องสูญเสีย บุคลากรที่มีคุณค่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มหาศาลและ รายได้ประชาชาติลดลง ประชาชนวัยทำงานต้องรับภาระ รอบด้านเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งใน ด้านการป้องกัน การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมแต่ละระยะ

คำสำคัญ : ภาวะสมอง, ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ, การพยาบาลผู้สูงอายุ

Abstract

Dementia syndrome is brain degeneration in cognitive function and intellectual function of person. This abnormalities behavior will being are recognize by impairment of reason thinking, memory, imagination, calculation, decision making and language usage. Incidence of will increase with age. Currently, Thailand has more than 10.3 million elderly. Among these the number of

dementia patients was more than 229,100 person. It is estimated that Thailand will have 450,200 dementia patients in a minimum amount in 2020. The dementi patients increase doubles number every 20 years. Undeniable that Dementia is the negative impact of Thailand, The effect include : 1) Impact on patients, 2) Impact on relatives, care givers , 3) Impact on the family system, eommunity and

*อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญและผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
E-mail : chutchavarn.wo@ssru.ac.th

society, 4) Impact on the Thai economy, 5) Effects on health system. Overall impact dementia is causes loss of valuable personnel, cost of treatment is enormous, and lower national income, The working people have to

increase burden on caring. Nurses are to be key person role will prevention, assessment and caring dementia on older adult person in Thailand.

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยความชุกของปัญหามักพบในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภาวะสมองเสื่อมจะพบความชุกเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น ปี ค.ศ. 2005 ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดคะเนจากสถิติไว้ว่า จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกจะทำให้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี จากการสำรวจครั้งแรกในปี ค.ศ. 2001 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกที่สำรวจพบจำนวน 21 ล้านคน คาดคะเนว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคนและ 81 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 และปี ค.ศ. 2040 ตามลำดับ (Ferri et al., 2005) ซึ่งผลการคาดคะเนดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคน (Alzheimer's Society, 2016)

จากการสำรวจข้อมูลเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุดในประเทศจีนและเอเชียใต้ (Kalaria et al., 2008) แต่ข้อมูลในปัจจุบันพบว่าประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดในทวีปเอเชียซึ่งพบมากถึง 3,450,000 คน (Alzheimer's Society, 2016; Miharuru and Nakashima, 2014) ส่วนข้อมูลด้านอุบัติการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่พบมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มรักษาและมีนโยบายในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามความชุกสูงสุดก็ยังพบที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 คน และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 450,200 คนเป็นจำนวนขั้นต่ำ

ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าใน พ.ศ. 2593 (สมศักดิ์ ชุณหทศม์, 2553) ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุทุกพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลระยะยาว อันส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติผู้ให้ดูแลและระบบบริการสุขภาพ (รัชนี นามจันทร์, 2553) ประเทศไทยยังไม่พบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน แต่พบข้อมูลการสำรวจค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมพบการใช้จ่ายงบประมาณขั้นต่ำกว่าปีละ 1,810 ล้านดอลลาร์ (Alzheimer's Disease International, 2014) ซึ่งในระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยจะสูญเสียความจำโดยสมบูรณ์ พฤติกรรมจะผิดปกติอย่างชัดเจน อันนำมาสู่การพึ่งพิงที่ต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวและสังคมที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะอยู่อาศัยตามลำพังไร้คนดูแล นำไปสู่การเกิดปัญหาทางสังคม เช่น กลายเป็นคนเร่ร่อน ขาดการเข้าถึงสถานพยาบาล ไม่ได้รับการดูแลด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Kalaria et al., 2008)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านเชาว์ปัญญา (Cognitive Function) และทางด้านสติปัญญา (Intellectual function) และสิ่งที่ยากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ร้อยละ 61-92 จะมีอาการก้าวร้าว มีพฤติกรรมแสดงออกที่วุ่นวาย มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้าน อาการซึมเศร้า หลงลืมและชอบทะเลาะกับผู้ให้การดูแล มีปัญหาการนอน ซึ่งความชุกของพฤติกรรมเหล่านี้จะพบเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง โดยอาการของโรค จะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ

การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคมและการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนเกิดการพึ่งพิงในระยะยาว และยิ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ความต้องการในการดูแลจากคนอื่นยิ่งมากขึ้น จนทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ที่ให้การดูแล (Kluwer, 2015; กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558) พบตั้งแต่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ จนกระทั่งส่งผลมากที่สุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การงาน

ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดดด้วยจำนวน "สีนามิประชากร" ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุกว่าปีละล้านคน โดยคาดการณ์ว่าประมาณปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ (Complete Aged Society) (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ผลกระทบในอนาคตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ของประเทศไทย จะพบโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงและจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ระบบครอบครัวต้องสูญเสียญาติผู้ที่จะให้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผู้ที่ท่อบกกิจได้ตามปกติ มาคอยดูแลผู้สูงอายุ อันส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจครัวเรือนและประเทศชาติตามมา จึงยากที่จะปฏิเสธได้ว่าภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุคืออีกปัญหาหนึ่งที่ใหญ่ยิ่งและมีผลกระทบระยะยาวต่อระบบสาธารณสุขไทย

บทความนี้จึงมุ่งเน้นอธิบายถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เช่น ผลกระทบต่อผู้ป่วย ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การดูแล ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผลกระทบต่อเศรษฐกิจประเทศไทย ผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศไทย และผลกระทบโดยภาพรวมต่อประเทศไทย

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านชีวปัญญา

(Cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (Intellectual function) ของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติทางการรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณ การตัดสินใจและการใช้ภาษา เมื่อมีอาการมากขึ้นจะพบบุคลิกภาพและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจฉัย (Robert, 2009; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; American Alzheimer's Association, 2010; Alzheimer's Society, 2016, วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรค แต่เป็นภาวะที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น การเสื่อมของเซลล์สมองตามวัยหรือเสื่อมจากโรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์ เสื่อมจากอุบัติเหตุทางสมองและโรคติดเชื้อที่สมอง เป็นต้น (แสงสุรีย์ ทัศนพูนชัย, 2550)

จากข้อมูลการสำรวจล่าสุดขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคน พบว่าร้อยละ 60-70 ของจำนวนผู้ป่วยที่สำรวจเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (American Alzheimer's Association, 2016) และภาวะสมองเสื่อมจะพบมากตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามช่วงอายุ พบว่าอายุ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 1.6-2.6 อายุ 70 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 4.2-6.9 อายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 11.6-18.7 และในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไปพบได้ร้อยละ 35.4 คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 2 ของเพศชายต่อเพศหญิง (American Alzheimer's Association, 2012)

สำหรับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2-10 (Wangtonkum et al., 2008; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) เมื่อแยกภาวะสมองเสื่อมตามช่วงอายุพบว่าในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 7.1 ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 14.7 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 32.5 (วิชัย เอกพลาการและคณะ, 2552) ซึ่งข้อมูลใกล้เคียงกับผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในพ.ศ. 2558 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบ

ความชุกร้อยละ 12.4 พบในเพศหญิงร้อยละ 15.1 พบในเพศชายร้อยละ 9.8 และความชุกเฉลี่ยของภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน (บรรลุศิริพานิช, 2559) นอกจากนี้พบผลการศึกษาล่าสุดที่จังหวัดปทุมธานีพบอัตราความชุกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 18.6 (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ซึ่งเป็นข้อมูลความชุกที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง ข้อมูลที่ค้นพบนี้สามารถยืนยันการคาดการณ์ที่ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 450,200 คนเป็นจำนวนขั้นต่ำในปี พ.ศ.2563 และจะเพิ่มเป็น 3 เท่าในปี พ.ศ. 2593 (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, 2553) ประเทศไทยสามารถพยากรณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณเพราะสาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อไวรัส รวมถึงอุบัติเหตุที่กระทบต่อสมองที่มีจำนวนสูงมากขึ้น (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559) สถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นนี้น่าจะมีผลกระทบอย่างมากที่ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายทางสังคมให้เข้มข้นใน

การปฏิบัติ เพื่อภาวะสุขภาพที่ห่างไกลจากภาวะสมองเสื่อม และลดผลกระทบด้านลบที่จะเกิดขึ้น

ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย

ภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 7 ระยะ (Reisberg et al., 1982) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อยจะกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ญาติผู้ให้การดูแล ครอบครัวและสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพ และผลกระทบโดยภาพรวมต่อประเทศไทย ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ความตั้งใจ ความจำ การรับรู้และพฤติกรรม จำแนกตามระยะ (Reisberg et al., 1982; ปิติพร สิริพิพาการ, 2557) ดังนี้

ระยะที่	ผลกระทบต่อผู้ป่วย
1	ไม่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียความจำ
2	เริ่มพบการหลงลืมในชีวิตประจำวันบ่อยขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกว่าการหลงลืมตามอายุที่เพิ่มขึ้น
3	ความสามารถในการรู้คิดลดลง เช่น ผู้ป่วยจะจำชื่อคน สถานที่หรือชื่อสิ่งของใหม่ๆไม่ได้ เป็นต้น ถ้าออกจากบ้านอาจหลงทางบ่อย พูดซ้ำๆถามซ้ำๆ
4	พบความผิดปกติที่ชัดเจนหลายด้านเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้และความจำที่เป็นปัจจุบันลดลง ลืมประวัติบุคคลที่คุ้นเคย สูญเสียด้านความปลอดภัย (ลบเลขออกหลังที่ละ 7) สูญเสียทักษะที่ซับซ้อน (การเตรียมอาหาร การทอนเงิน ทักษะการใช้เครื่องไฟฟ้า) เริ่มมีหงุดหงิดง่าย หรือเริ่มแยกตัวจากสังคม
5	ความสามารถในการรู้คิดลดลงมาก สับสนเรื่องเวลาและสถานที่ ไม่สามารถจำเรื่องสำคัญของชีวิต อาจยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ไม่สมบูรณ์ต้องมีคนคอยดูแล
6	ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรงไม่สามารถที่จะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเร็วๆนี้ สูญเสียความรู้คิด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีปัญหาในการนอนหลับ เดินไปมาไร้จุดหมาย
7	ความสามารถในการรู้คิดลดลงรุนแรงอย่างมากจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การสื่อสาร การเคลื่อนไหว การกลืนจะผิดปกติอย่างชัดเจนและต้องพึ่งพิงคนอื่นตลอดเวลา

กล่าวโดยสรุปลักษณะการเปลี่ยนโดยทั่วไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1-4) จะเริ่มสูญเสียความจำที่เล็กน้อย โดยเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นปัจจุบัน ระยะปานกลาง (ระยะที่ 5-6) จำสิ่งแปลกใหม่ สถานที่หรือบุคคลใหม่ๆ ไม่ได้ ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัว และรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสียสลับสวัน เวลา สถานที่แม้กระทั่งเรื่องสำคัญในชีวิต ระยะสุดท้าย (ระยะที่ 7) ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ และในที่สุดคือไม่รับรู้ตนเอง และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและร่างกายสูญเสียการเคลื่อนไหว ในที่สุด แต่พฤติกรรมการแสดงออกทางกายของผู้ป่วยจะรับรู้และรู้สึกอย่างต่อเนื่องในช่วงที่เคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยก็จะเดินเคลื่อนไหวไปเรื่อยๆ ด้านอารมณ์ผู้ป่วยจะหงุดหงิดบ่อยเพราะสื่อสารไม่เข้าใจกัน และบางครั้งผู้ป่วยจะไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่ควรกระทำและสิ่งที่ไม่ควรกระทำได้จึงเป็นภาระแก่ผู้ให้การดูแลอย่างมาก ในการที่จะจัดการดูแลต่อสถานการณ์นั้นๆ

2. ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การดูแล

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองโดยอาการของโรค จะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าถึงสังคมและการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนเกิดการพึ่งพิงในระยะยาว และยิ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการในการดูแลมากขึ้น จนทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ที่ให้การดูแล (Kluwer, 2015; กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558) มีดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกกิจกรรม ผู้ดูแลจึงเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา ผลการศึกษาของประเทศออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 34 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะเบื่ออาหาร การทำงานของระบบฮอร์โมนลดลงเป็นผลทำให้เกิดความตึงเครียดเกร็งกายเพิ่มมากขึ้น

และพบว่ามีความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น บางรายแสดงอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดบ่อยขึ้น (Ross & Beattie, 2015; Goren et al., 2016)

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากต้องรับบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลตนเองที่ความรู้คิด พฤติกรรมที่ต่างไปจากเดิม ยากต่อการทำใจยอมรับกับคนในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล พบการศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นการร้อยละ 79-92 มีความวิตกกังวล ด้านจิตใจ กลัวว่าจะดูแลได้ไม่ดีและทำให้ผู้ที่ตนเองรัก เกิดอุบัติเหตุตามมาได้ ร้องลงมากังวลในด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Ross & Beattie, 2015) พอรับบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลได้เต็มตัวและจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการพักผ่อนของตนเอง การทำหน้าที่อื่นของตน และรู้สึกว่ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจากการที่เห็นสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงของญาติที่ตนเคยรู้จักมักคุ้น และที่รู้สึกแย่ที่สุดคือการที่เคยเป็นคนรู้จักมักคุ้นแต่เริ่มจำกันไม่ได้ และผลการศึกษาจากประเทศญี่ปุ่นพบว่าอัตราความเครียดและความซึมเศร้าจะพบมากขึ้นกับผู้ให้การดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะยาว จนทำให้ผู้ดูแลไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อ (Gupta et al., 2014) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ให้การดูแลนี้ จะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากผู้ให้การดูแลหรือไม่

2.3 ผลกระทบด้านสังคมและหน้าที่การงาน เมื่อต้องรับบทบาทใหม่เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสมองหรือภาวะสมองเสื่อมผู้ให้การดูแล ต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ใช้เวลาส่วนใหญ่ของวันเพื่อการดูแลผู้ป่วย (Wantana, 2003) ซึ่งโดยทั่วไปญาติผู้ให้การดูแลมักมีบทบาทการงานอื่นในสังคมมาก่อน รวมถึงการเป็นคู่สมรส บิดา มารดาด้วย พอต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทเดิมอย่างเลี่ยงไม่ได้

3. ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ชุมชนและสังคม

เนื่องผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติด้านการรู้คิด ความจำจะลดลงแต่การตอบสนองทางด้านร่างกายยังมีและการควบคุมตนเองจะลดลงผู้ป่วยบางรายชอบ

เดินทางออกจากบ้าน บางรายมีพฤติกรรมเล่นซุกซนเหมือนเด็กและบางรายทำสิ่งที่ไม่คาดคิดหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและอยู่บ้านคนเดียวอาจถูกทารุณกรรมจากภัยทางสังคมได้ง่าย ดังนั้นครอบครัวต้องจัดสิ่งแวดล้อมใหม่ในการช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านและคนในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Takaaki and Shuichi, 2011) ส่วนชุมชนและสังคมต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยสมองเสื่อมเดินอยู่ในชุมชน (Goren et al., 2016) พร้อมสังเกตป้องกันภัยทางสังคมที่จะเข้ามาคุกคามต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจประเทศไทย

มีหลักฐานการใช้ค่ายงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ก่อนประเทศไทยหลายสิบปีซึ่งมีอัตราซุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่มาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมปีละ 1720,000 ล้านดอลลาร์ (American Alzheimer's Association, 2010) หรือกว่าปีละ 55,040,000 ล้านบาท และประเทศญี่ปุ่นใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันกว่าปีละ 93,340 ล้านดอลลาร์ ในประเทศไทยพบการให้ข้อมูลด้านการใช้จ่ายงบประมาณในการดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมจากสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยแก่สมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ คณะกรรมาธิการใช้จ่ายงบประมาณขั้นต่ำกว่าปีละ 1,810 ล้านดอลลาร์ (Alzheimer's Disease International : Report Country profiles, 2014:60) ซึ่งค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเมื่อเกิดภาวะพึ่งพา เพิ่มมากขึ้นในทางเศรษฐศาสตร์มักคิดถึงจุดคุ้มค่าและคุ้มทุนเสมอ (วิน เตชะเคหะกิจ, 2558)

5. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความผิดปกติเรื้อรังและยาวนานของผู้ป่วยรูปแบบการดูแลควรมีทีมดูแลที่เข้มแข็งเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ในประเทศญี่ปุ่นได้พัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นโดยทีมที่ดี (Yumi, 2017) ควรประกอบด้วย (1) ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้สูงอายุโดยมีความรู้เฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (2) แพทย์ทางระบบประสาทจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์การสูงอายุ (3) เภสัชกร

(4) นักกิจกรรมบำบัดและครอบครัวของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบของทีมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ชัดเจน แต่ในอนาคตอันใกล้นี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังนั้นการเตรียมทีมเพื่อการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สาธารณสุขไทยต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น โดยให้มารักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็นและควรสร้างระบบเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจนขึ้นในอนาคต ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทบาทพยาบาลกับการลดผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

แยกเป็นบทบาทการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อม อธิบายตามบทบาทของพยาบาลที่พึงปฏิบัติรายชื่อ ดังนี้

1. บทบาทการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น

3 ระดับ ดังนี้ **การป้องกันระดับปฐมภูมิ** หมายถึง การป้องกันก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพหรือป้องกันด้วยการขจัดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อเกิดภาวะสมองเสื่อม (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) การป้องกันระดับปฐมภูมิสามารถปฏิบัติได้ (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) ดังนี้ การขจัดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะขาดวิตามิน การไม่ออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ โรคหัวใจ ชนิดที่ก่อลิ้มเลือด ภาวะสารโฮโมซิสเตอีนสูงในเลือด การรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทน อุบัติเหตุที่ศีรษะ การศึกษาต่ำ ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด การติดเชื้อในร่างกาย ได้รับสารพิษ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น **การป้องกันระดับทุติยภูมิ** หมายถึง การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการรุนแรง เพื่อให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อชะลอการดำเนินของภาวะสมองเสื่อม (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) **การป้องกันระดับตติยภูมิ** หมายถึง การชะลอความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการอย่างเห็นได้ชัดแล้ว เช่น การดูแลให้ยาต้านอะซิติลโคลีนเอสเทอเรส อินฮิบิเตอร์ (Acetylcholinesterase inhibitor) และยาเมแมนทีน

(memantine) เป็นต้น (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) รวมถึงการจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะมากระตุ้นให้การดำเนินของโรคเร็วยิ่งขึ้น

2. บทบาทการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นอกจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องแล้วพยาบาลต้องรู้การวิธีการใช้ การแปลผลเครื่องมือ และการจัดการผู้ป่วยเมื่อค้นพบว่ามีความเสี่ยงสมองเสื่อมเกิดขึ้นซึ่งนำเสนอชุดเครื่องมือที่สำคัญซึ่งพยาบาลต้องทำความเข้าใจ (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559:2560; Cumming, 2008) อธิบายรายละเอียด ดังนี้ (1) การตรวจสอบสุขภาพจิตฉบับย่อ (MMSE) เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้มากที่สุดมีความไวและความแม่นยำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80 แต่ข้อจำกัดของเครื่องมือคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยก็จะได้ค่าคะแนนสูงและไม่ไวต่อการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสันและโรคของหลอดเลือด เป็นต้น ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 10 นาที (2) การวาดหน้าปัดนาฬิกา (CDT) ใช้แยกความผิดปกติของสมองเสื่อมในส่วนของการรู้จำออกจากการเสื่อมในด้านบริหารจัดการ และไม่ใช้เครื่องมือการทดสอบความจำระยะสั้นซึ่งเป็นอาการเด่นของโรคอัลไซเมอร์ การแปลผลเครื่องมือชนิดนี้ต้องอาศัยทักษะค่อนข้างสูงไม่เหมาะกับผู้ที่ขาดทักษะในการประเมิน ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 2 นาที (3) เครื่องมือทดสอบหลายด้านของการรู้คิด (MoCA) อาทิ ด้านความจำระยะสั้น ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทาง สิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการ ภาษา สมาธิจดจ่อ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เครื่องมือนี้สามารถแยกคนที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อย (cognitive impairment) ออกจากคนปกติและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจนมีความไวมากกว่าร้อยละ 90 ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 10 นาที (4) เครื่องมืออื่นๆ ที่ควรระวัง เช่น การทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated mental Test :AMT), แบบทดสอบความสามารถในการคิด/สติปัญญาเฉพาะส่วน (Rowland Universal Dementia assessment scale :RUDAS) เช่น การวาดหน้าปัดนาฬิกา การเล่าเรื่อง เป็นต้น หรือ แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test : CMT) อย่างไรก็ตาม

ไม่แนะนำให้ใช้ MMSE ในผู้สูงอายุทุกรายเว้นแต่จะพบอาการแสดงที่สังเกตได้

3. บทบาทการดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อม

แบ่งเป็น 3 ระยะ (ปิติพร สิริทิพากร, 2557) : **ระยะเริ่มต้น** ให้การดูแลดังนี้ (1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ยาที่ใช้และผลข้างเคียง (2) เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง (ถ้ามี) เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซับซ้อน ยาวนาน ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน พักผ่อนสุขภาพทั้งกายและใจ คลายความเครียดความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล (3) ฝึกบริหารสมองเพื่อชะลอการเสื่อม เช่น การคิดเลข การให้คิดทบทวนการวางแผนการเดินทาง (4) วางแผนร่วมกันกับญาติผู้ดูแลในระยะยาว ในเรื่องสุขภาพการเงิน สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม การมอบอำนาจหรือการตั้งผู้มรดก **ระยะปานกลาง** ให้การดูแลดังนี้ (1) ช่วยเหลือดูแลการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (2) ดูแลจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย (3) ดูแลจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Dementia care with co-morbidities) (4) ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ความรู้ ลึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียดของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล **ระยะสุดท้าย** ให้การดูแลดังนี้ (1) ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (2) ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) (3) ดูแลครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเตรียมตัวก่อนตายให้เป็นการตายที่ดี (Good death) สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การนำบทความวิชาการฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์

เนื้อหาโดยรวมของบทความวิชาการนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. การนำไปใช้ประโยชน์ด้านวิชาการ ให้ นำข้อมูลเชิงสถิติและแนวโน้มของการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาการวิทยาและการดูแลภาวะสมองเสื่อมตามบทบาทพยาบาล ไปบูรณาการในการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง และศึกษาวิจัยวิธีการและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับประเทศไทย ควรจัดทำโครงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรมให้

นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติจริง

2. การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ เกี่ยวข้องกับภาคประชาชน ในทุกระดับตั้งแต่ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอและจังหวัด โดยเฉพาะชุมชนที่เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยที่จะต้องคืนข้อมูลที่ได้สู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รับประโยชน์ เน้นที่การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกัน ดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หรือระดับประเทศ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ชุมชนและสังคม ระบบสุขภาพที่ต้องสร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมที่เตรียมพร้อมในการรับมือกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในด้านสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลก็ต้องเตรียมงบประมาณไว้จำนวนมากเพื่อใช้ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่วนระบบเศรษฐกิจและรายได้ประชาชาติจะต้องได้รับผลกระทบทางลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะต้องสูญเสียคนปกติที่มีความสามารถทำมาหาได้เพื่อมาดูแลญาติที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นรายได้ต่อหัวประชากรของประเทศไทยจะลดลงไปด้วย โดยภาพรวมแล้วภาวะสมองเสื่อมคือผลกระทบด้านลบที่ประเทศไทยต้องเตรียมรับมือเพื่อลดการสูญเสียทั้งอัตราการกำลังและงบประมาณของประเทศ

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบการทำหน้าที่ของร่างกาย ความตั้งใจ ความจำ การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเองที่เริ่มจากสูญเสียความรู้คิด ความจำ การใช้ชีวิตประจำวันที่เกิดผิดปกติ การทำงานและการรับรู้จนระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่รับรู้และต้องเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นตามมา สำหรับผลกระทบต่อผู้ให้การดูแลและส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและหน้าที่การงานที่ต้องเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนเพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทางด้านเศรษฐกิจต้องสูญเสียอัตรากำลังคนซึ่งหมายถึงคนปกติที่ต้องคอยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและต้องขาดรายได้จากงานประจำภาพรวมก่อเกิดเป็นรายได้ประชาชาติลดลง สังคมต้องร่วมช่วยกันดูแลคนกลุ่มนี้ที่อาจพบปัญหาการเดินทางออกนอกบ้านและหลงลืมทางกลับบ้านรวมถึงปัญหาด้านพฤติกรรมต่างๆ พยาบาลต้องใช้เวลา 4 มิติ อาทิ ส่งเสริมสุขภาพประชาชนตั้งแต่เริ่มต้น ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ร่วมดูแลตามระยะการเสื่อมและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำคัญที่สุดคือระบบสุขภาพต้องเร่งสร้างทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่จะช่วยลดผลกระทบโดยรวมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์.(2558). "ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม". *วารสารเกื้อการุณย์*. 22(1) : 82-97.
- บรรลุ ศิริพานิช.(2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปิติพร สิริทิพากร.(2557). "บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล". *วารสารพยาบาล*. 63(4) : 12-19.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). "การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม". *วารสาร มน.ก.วิชาการ*. 14(27) : 137-150.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2559). "ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง". *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27(1) : 103-111.
- วิชัย เอกพลาร และคณะ. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : บริษัท เดอะกราฟฟิค ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วิน เตชะเคหะกิจ. (2558). *หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). *ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน*. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย. บรรณาธิการ. *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). *พยาธิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ชุนทรศรี. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2559). "การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์" ใน *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. หน้า 124-131. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- แสงสุรีย์ ทศนพูนชัย. (2550). "สมองเสื่อมโรคภัยยุคใหม่คุกคามชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแล". *Quality of Life, December*. (14) : 115-120.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศิริ ตระกูลสิทธิโชค. (2559). "ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี". *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 5(2) : 21-32.
- American Alzheimer's Association. (2010). *Alzheimer's Disease Facts and Figures: Includes a Special Report on Race, Ethnicity and Alzheimer's Disease*. [Online]. Available March 24,2017, from https://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010.pdf.
- American Alzheimer's Association. (2012). *20th Alzheimer Europe conference facing dementia together Luxembourg, 30 September-2 October 2010*. [Online]. Available March 24,2017, from http://www.alzheimer-europe.org/content/download/3144/107641/file/AEBRO_CONF_WEB.pdf.

- Alzheimer's Disease International. (2014). *Dementia in the Asia Pacific Region*. [Online]. Available April 7, 2017, from <http://www.Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>.
- Alzheimer's Society. (2016). *Fix dementia care : Hospitals*. [Online]. Available April 7, 2017, <http://www.alzheimers.org.uk/fixdementiacare>.
- Ferri, C.P., Prince ,M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L.,Ganguli, M., et al. (2005). "Global prevalence of dementia : a Delphiconsensus study". *The Lancet*. (366) : 2112-2117.
- Goren, A., William, M., Kristin, KW., Tomomi N,and Kaname U. (2016). "Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes : findings from a community based survey in Japan". *BMC Geriatrics*. 16(10) : 122.
- Gupta S., Fukuda, T. and Okumura, Y. (2014). "*Caregiver Burden of Alzheimer's Disease in Japan : Poster Presentated at th ISPOR 6th Asia-Pacific Conference*". September 6-9, 2014. Beijing, Chaina.
- Kalaria, R.N., Maestre, G.E., Arizaga, R., Friedland, R.P., Galasko,D., Hall, K., et al. (2008) "Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors". *Lancet Neurology*. (7) : 812-26.
- Kluwer, W. (2015). *Caregiver Dementia : Oh Yea, It's Real*. [Online]. Available April 6, 2017, from <http://health.usnews.com/health-news/patient-advice/articles/2015/06/19/caregiver-dementia-oh-yea-its-real>.
- Miharu, M. and Nakashima, T. (2014). "Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health- and social-care systems? ". *Alzheimer's & Dementia*. (10) : 468-476.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. and Crook, T. (1982). "The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia". *American Journal of Psychiatry*. 139(9) : 1136-1139.
- Robert, H. (2009). "Now that I live with dementia" . *Global Perspective*. 19(1) : 3.
- Ross, C. and Beattie, E. (2015). *Caring for someone with Dementia : The Economic , Social and Health Impacts of Caring and Evidence based support for careers. A Report prepared for Alzheimer's Australia*: Princeton University Press.
- Takaaki, MORI. and Shuichi, UENO. (2011). "Support Provided to Dementia Patients by Caregivers and the Community". *JMAJ*. 54(5) : 301-304.
- Wangtonkum ,S., Sucharritkul, P., Silpreasert, N. and Inthracchak, R. (2008). "Prevalence of dementia among population age over 45 year in Chiang Mai, Thailand". *J med Assoc Thai*. 91(11) : 1685-1690.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury.Thesis M.N.S. (Adult Nursung)*, Mahidol University . Bangkok, Thailand.
- Yumi shindo. (2017). "*Education Programs on Dementia Carae in Japan: International Nurse Education Conference*". March 21,2007 Mahidol University, Bangkok , Thailand.

