

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย:  
ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์พยาบาล  
Current Situation in Dementia Syndrome on Older Person in Thailand:  
Issues and Trends in Nursing Care

ชัชวาล วงศ์สารี

Chutchavarn Wongsaree

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา  
College of Nursing and Health, Suansunundha Rajabhat University

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 229,100 คน คาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 400,200 คน ในปี 2563 หลังจากนั้นคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดด ผลกระทบด้านลบจะเกิดขึ้นรอบด้านและยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ อาทิ ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและญาติผู้ดูแล และอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะต้องเผชิญปัญหากับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะยังขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระบบการดูแลยังมุ่งรักษาที่โรงพยาบาลเป็นหลัก การดูแลรักษาต้องใช้งบประมาณจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง กระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ บทความนี้นำเสนอสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ซึ่งเป็นประเด็นเด่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุ อธิบายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมเพื่อประยุกต์สู่การป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม แนะนำแนวโน้มนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พยาบาลไทยต้องรู้และเข้าใจ ได้แก่ การเตรียมสมรรถนะของพยาบาล การสร้างทีมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลครอบครัว ชุมชนและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการออกแบบระบบการดูแลที่คุ้มค่า คุ้มทุนและมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม ซึ่งเป็นมิติแห่งอนาคตที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลไทย

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, การพยาบาลผู้สูงอายุ, สถานการณ์และแนวโน้ม

### Abstract

Currently, Thailand has more than 229,100 older adult people with dementia with the expectation for the population to increase to 400,200 people by the year 2020. After that, the rate of dementia patients will rapidly increase in number. The negative impact will occur around the thread and the problems will be difficult to circumvent, such as: disabilities as well as acute and long-term dependency. This will directly affect families and relative caretakers. In the near future, Thailand will face problems with the elderly care system for those with dementia because of the lack of

specialized personnel for caring, health care system is also aimed at the hospital, and high cost for treatment to care for dementia patients. This phenomenon will negatively affect the overall economy of Thailand. This article focuses on the situation and problems of dementia in older persons which is a health issue for the elderly and will explain the causes and risk factors of dementia which have to be applied to prevent the backlog in managing people with dementia. Thai nurses have to understand the trends on caring for the elderly with dementia. These are: nursing competency preparation for caring for patients with dementia, building a health team for caring for patients with dementia, prevention of dementia, dementia screening in older persons, caring for the elderly with dementia when hospitalized, family care and community and caregiver of caring for dementia patients, and health economics perspective for designing cost-effective care systems. This is a challenging time for the future of Thai nurses, who care for patients with dementia.

**Keywords:** dementia with older person, gerontological nursing care, current situation and trends



## บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อม (dementia syndrome) จำนวนเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกได้สำรวจในปี 2012 พบผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวน 36.5 ล้านคน และยังประมาณการณ่ว่า ในปี ค.ศ.2030 จะมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือมีจำนวน 73 ล้านคนและในปี ค.ศ.2050 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าหรือมีจำนวน 109.5 ล้านคน ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคนซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคนพบว่าร้อยละ 60-70 ของจำนวนผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ร่วมด้วย (Alzheimer's Disease International, 2016)

สำหรับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย ร้อยละ 2-10 (Muangpaisan, 2016) เมื่อแบ่งตามช่วงอายุพบว่าในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 7.1 อายุ 70 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 14.7 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 32.5 (Eakpalakorn, 2009) นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาของ Jianping, et al. (2014) และการศึกษาของ Papadakis, et al. (2014) ที่ให้ข้อมูลสอดคล้องกัน

ว่า จำนวนความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้นและครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไปจะพบภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตนเองได้

ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วย จากผลการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 คน (Chunharat, 2010) โดยทุก ๆ ประเทศไทย จะพบผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ปีละ 4-6 ล้านคน หรือพบจำนวน 1 รายใน 7 วินาที (Prasat Neurological Institute, 2008) และคาดการณ์ไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 450,200 คน ภายในปี พ.ศ.2563 (Chunharat, 2010) จากสถิติประชากร พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.1 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดและในอนาคต เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดดด้วยจำนวน “สึนามิประชากร” ที่เข้าสู่วัยสูงอายุกว่าปีละล้านคนโดยคาดการณ์ว่าประมาณปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ (complete aged society)

(Siripanit, 2016) จึงยากที่จะปฏิเสธได้ว่าภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นภาวะที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดที่พบตามอายุที่มากขึ้นคือปัญหาใหม่ที่ใหญ่ยิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขไทย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะของการทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) ถดถอย (Alzheimer's Disease International, 2016) เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพาต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Namchantha, 2010) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศทั้งในด้านงบประมาณที่ใช้รักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง อนึ่งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ 1 คน ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียคนปกติที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลอีก 1 คน นั้นหมายถึงการที่คนปกติต้องขาดรายได้จากการทำงาน เพราะต้องหยุดหรือลาออกจากงานมาเพื่อเฝ้าดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งระยะยาวจะส่งผลต่อรายได้ประชาชาติ (Gross Domestic Product--GDP) และเศรษฐกิจโดยภาพรวมของประเทศ

## ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia syndrome) ผู้คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งตามหลักวิชาการภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะหนึ่งที่เกิดจากหลายสาเหตุ แต่ร้อยละ 60-70 มักเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมาเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ คนปกติจะมีเซลล์สมอง 1 แสนล้านเซลล์ ซึ่งจะมีพัฒนาการต่อเนื่องจากวัยทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 30 ปี จากนั้นเซลล์สมองก็จะหยุดการพัฒนาและค่อย ๆ ตายลง เมื่ออายุประมาณ 60-65 ปี จะเกิดการตายของเซลล์สมองปริมาณมากพอ ที่จะแสดงอาการให้ปรากฏเด่นชัดขึ้น อย่างไรก็ตามโรคอัลไซเมอร์กับภาวะสมองเสื่อมจะมีความแตกต่างกัน กล่าวคือการเสื่อมของสมองจากโรคอัลไซเมอร์จะค่อยเป็น

ค่อยไป อาการจะค่อย ๆ ปรากฏให้เห็น ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์บางรายแทบจะไม่รู้เลยว่าตนเองป่วยเพราะไม่มีอาการบ่งชี้ชัด ซึ่งเหมือนอาการแสดงทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ อาทิ อาการสั่น เกร็ง กระตุก หรือแขนขาอ่อนแรง ซึ่งต่างจากภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหากมีปัจจัยกระตุ้นอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นจำอะไรไม่ได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตามมาในที่สุด (Thudanapoonchai, 2007)

ภาวะสมองเสื่อมพบความชุกเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันการพัฒนาทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้คนมีอายุขัยมากขึ้น ฉะนั้นความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยก็ต้องมากขึ้นเช่นกัน

## อุบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทย

พบข้อมูลจากการสำรวจล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคนซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคนพบว่าร้อยละ 60-70 ของจำนวนผู้ป่วยที่สำรวจเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจะพบมากตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้ อายุ 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

สำหรับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2-10 (Muangpaisan, 2016) เมื่อแยกภาวะสมองเสื่อมตามช่วงอายุพบว่า ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 7.1 ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 14.7 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 32.5 (Eakpalakorn, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบความชุกร้อยละ 12.4 พบในเพศหญิงร้อยละ 15.1

พบในเพศชายร้อยละ 9.8 โดยความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ข้อมูลปี พ.ศ.2558 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน (Siripanit, 2016) นั่นหมายความว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็ต้องเพิ่มมากขึ้นด้วย จากข้อมูลการศึกษาล่าสุด จังหวัดปทุมธานีพบอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 18.6 (Suwan & Trakulsithichoke, 2016) เป็นข้อมูลความชุกที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง ข้อมูลที่ค้นพบนี้สามารถยืนยันการคาดการณ์ที่ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 450,200 คน ซึ่งเป็นจำนวนขึ้นต่ำในปี พ.ศ. 2563 (Chunharat, 2010) สถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นนี้น่าจะมีผลกระทบอย่างมากที่ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายทางสังคม นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยด้วย

ภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะปานกลาง และระยะสุดท้าย ซึ่งแต่ละระยะ

จะมีลักษณะทางความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน

### การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่พบภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านเชาว์ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติทางการรับรู้ ความจำจินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณการตัดสินใจและการใช้ภาษา เมื่อมีอาการมากขึ้นจะพบบุคลิกภาพและระดับความรู้สึกล้วนเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและไม่มีอาการของโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจฉัย (Sasat, 2011; Muangpaisan, 2017) โดยภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะตามระดับความรุนแรงได้ 7 ระดับ ดังนี้

#### ตาราง 1

ภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะตามระดับความรุนแรง 7 ระดับ

| ระยะของ<br>ภาวะสมองเสื่อม       | อาการวิทยาของภาวะสมองเสื่อม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>ความจำ/รู้คิดปกติ          | ระยะนี้จะเหมือนคนปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียความจำ หรืออาการของโรคสมองเสื่อม แต่อาจพบการหลงลืมในชีวิตประจำวันได้แต่การหลงลืมต้องเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ลืมกุญแจที่โต๊ะทำงาน ลืมโทรศัพท์ที่โต๊ะอาหาร เป็นต้น                                                                                                                                                                         |
| 2<br>การหลงลืมตามอายุ           | ระยะนี้จะเริ่มพบการหลงลืมในชีวิตประจำวันบ่อยขึ้น เช่น จำชื่อบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกันไม่ได้ หรือต้องใช้เวลานานในการคิดแต่เมื่อมีคนช่วยแนะนำจะสามารถคิดออกได้ ระยะนี้จะไม่ปรากฏอาการทางคลินิกและไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน                                                                                                                                                                    |
| 3<br>ก่อนเกิด<br>ภาวะสมองเสื่อม | ระยะนี้คนใกล้ชิดเริ่มสังเกตเห็นอาการที่คล้ายจะผิดปกติหลายด้านเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การใช้ภาษา การคิดคำนวณ การบอกเส้นทาง การบริหารงาน การจำชื่อคน การลืมเนื้อหาที่เพิ่งอ่านหรือพบการหลงลืมที่ไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ลืมกุญแจหรือลืมโทรศัพท์มือถือไว้ในตู้เย็น เป็นต้น ระยะนี้หากมีบุคคลช่วยทบทวนเหตุการณ์ความจำจะดีขึ้นและดำเนินงานต่อได้เมื่อคิดทบทวนความจำตนเองได้ |

## ตาราง 1

ภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะตามระดับความรุนแรง 7 ระดับ (ต่อ)

| ระยะของ<br>ภาวะสมองเสื่อม                   | อาการวิทยาของภาวะสมองเสื่อม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4<br>สมองเสื่อม<br>ระยะเริ่มต้น             | ระยะนี้จะพบความผิดปกติที่ชัดเจนหลายด้านเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่นระดับความรู้และความจำที่เป็นปัจจุบันลดลง สัมผัสวัตถุบุคคลที่คุ้นเคย สูญเสียด้านเชาว์ปัญญา (ลบเลขถอยหลังที่เลข 7) สูญเสียทักษะที่ซับซ้อน (การเตรียมอาหาร การทอนเงิน ทักษะการใช้เครื่องไฟฟ้า) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย หรือเริ่มแยกตัวจากสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5<br>สมองเสื่อม<br>ระยะปานกลาง              | ระยะนี้ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรงปานกลาง จะพบความเสื่อมของสมองจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ญาติจะสังเกตเห็นชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องการสูญเสียความจำ ความคิด การพูดปรากฏชัดเจนเนื่องจากไม่สามารถนึกหาคำที่จะสื่อออกมาได้ การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนจะลดลง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้อย่างปกติ ต้องมีการพึ่งพาเกิดขึ้น พฤติกรรมผู้ป่วยที่พบได้ในระยะนี้ ได้แก่ จำบ้านเลขที่ เบอร์โทรศัพท์หรือโรงเรียนที่เคยเรียนไม่ได้ สับสนวัน เวลา แต่ยังจำชื่อตัวเองและบุคคลในครอบครัวได้ ยังสามารถรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองได้ ระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับอากาศหรือโอกาสต่าง ๆ                                                                                                                                                                                                        |
| 6<br>สมองเสื่อม<br>ระยะปานกลาง<br>ถึงรุนแรง | ระยะนี้อาการรุนแรงมากขึ้น สูญเสียความจำมากขึ้น เช่น จำชื่อตนเองและคนในครอบครัวไม่ได้ ผู้ป่วยจะพูดประโยคหรือวลีซ้ำ จนกระทั่งไม่สามารถพูดได้เลย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดจาตอบโต้เป็นภาษาได้ แต่อาจจะตอบสนองด้วยการแสดงอารมณ์หงุดหงิดบ่อย โมโหง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น การหนีออกจากบ้าน หลงทางบ่อย นอนหลับตอนกลางวันมากขึ้นและไม่นอนตอนกลางคืน สวมใส่เสื้อผ้าไม่ถูก (ใส่ชุดชั้นในมาอยู่ข้างนอก) ใส่รองเท้าผิดด้าน ต้องมีคนช่วยพาเข้าห้องน้ำ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้หรือถ่ายไม่เป็นที่เป็นทาง เป็นต้น ระยะนี้เริ่มมีความรู้สึกผิดปกติ สับสน หรือเห็นภาพหลอนในเวลากลางคืน มีความแปรปรวนทางอารมณ์ง่าย เช่น ร้องไห้ ก้าวร้าวอย่างไม่มีเหตุผลหรือดื้อต่อผู้ดูแล มีพฤติกรรมซ้ำ เช่น เปิด-ปิดลิ้นชักเพื่อค้นหาสิ่งของซ้ำ ๆ บอกหิวซ้ำซ้ำ ๆ และรับประทานหมดทุกครั้งที่มีคนเสิร์ฟให้ เป็นต้น |
| 7<br>สมองเสื่อม<br>ระยะรุนแรง               | ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ มักจะพูดประโยคหรือวลีซ้ำ ๆ ระยะนี้จะต้องมีคนดูแลทุกเรื่อง การเคลื่อนไหวร่างกายมีปัญหามากขึ้น เช่น เดิน-นั่งเองไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ไม่ยิ้ม สีหน้านิ่งเฉย ราบเรียบในระยะสุดท้ายนี้พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถแสดงพฤติกรรมใด ๆ ได้เลย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

กล่าวโดยสรุปภาวะสมองเสื่อม (1) ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1-4) เป็นการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (mild cognitive impairment) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วไป (Muangpaisan, et al, 2010) ถึงจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้านแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตทำหน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ (2) ระยะปานกลาง (ระยะที่ 5-6) สิ่งแปลกใหม่สถานที่หรือบุคคลใหม่ ๆ ไม่ได้ ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัวและรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสียสับสนวัน เวลา สถานที่แม้กระทั่งเรื่องสำคัญของชีวิต (3) ระยะสุดท้าย (ระยะที่ 7) ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ และในที่สุดคือไม่รับรู้ตนเองและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและร่างกายสูญเสียการเคลื่อนไหวในที่สุด และการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมหรืออาการวิथाของภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสุขภาพตามปัจเจกบุคคล ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินของโรคเร็วกว่าปกติ กลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว มักเกิดจากสาเหตุที่มีตัวอักษรย่อว่า “VITAMINS” (Muangpaisan, 2017; Geschwind, Haman & Miller, 2012) ได้แก่ สาเหตุที่เกิดจากหลอดเลือด (vascular) การติดเชื้อ (infectious) สารพิษและเมตาบอลิกที่ผิดปกติ (toxic and metabolic) ภูมิแพ้ตนเอง (autoimmune) เนื้องอกชนิดร้าย (neoplasma/metastasis) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenic) เช่น ยาต่าง ๆ ที่ใช้รักษาแล้วมีผลต่อสมอง เป็นต้น การเสื่อมของเซลล์ประสาท (neurodegenerative) และโรคตามระบบ (systemic) เช่น โรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์ เป็นต้น

## เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่จำเพาะมากขึ้นในการปรับปรุงใหม่เป็น DSM-5 (ซึ่งเกณฑ์ใหม่ให้ใช้ตัวเลขอารบิกแทนโรมัน) (American Psychiatric Association, 2013) และใช้คำว่า ความผิดปกติเด่นทางจิตประสาท (Major Neurocognitive Disorders) และให้คำนิยามของภาวะสมองเสื่อมใหม่ ดังนี้

## 1. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาการใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เดิมใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV ซึ่งเป็นคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต พบว่ามีความเหมาะสมกับการใช้วินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์มากกว่าภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่นและมีข้อจำกัดอยู่หลายประการสมาคมจิตเวชแห่งอเมริกาจึงได้ทบทวนและกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่จำเพาะมากขึ้นในการปรับปรุงใหม่เป็น DSM-5 (ซึ่งเกณฑ์ใหม่ให้ใช้ตัวเลขอารบิกแทนโรมัน) (American Psychiatric Association, 2013) และใช้คำ ความผิดปกติเด่นทางจิตประสาท (major neurocognitive disorders ) และให้คำนิยามของภาวะสมองเสื่อมดังนี้ (1) มีหลักฐานของการรู้คิดเสื่อม (cognitive decline) ที่มากพอไปจากระดับเดิมอย่างน้อย 1 ด้านของการรู้คิดและมีการลดลงของความสามารถในประสาทการรู้คิด (neurocognitive performance) อย่างน้อย 2 ส่วนเปี่ยงเบนมาตรฐาน (ประมาณต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3:3<sup>th</sup> percentile) (2) การรู้คิดบกพร่องมากพอจนมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน (3) การรู้คิดบกพร่องที่ไม่ได้เกิดจากภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน (delirium) และ (4) การรู้คิดบกพร่องที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวช

## 2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่แก้ไขและสามารถป้องกันได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5-10 เกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงมากขึ้น โดยมีตัวอักษรย่อที่จำได้ง่าย คือ “DEMENTIA” (Muangpaisan, 2017) โดยอธิบายพอสังเขป ดังนี้ D: Drug toxicity โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่มที่ใช้รักษาทางจิตประสาท เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดความสับสน E: Emotional disorders ได้แก่ โรคซึมเศร้า M: Metabolic and endocrine ที่สำคัญคือ ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดท้องผูก นอนมาก ทำอะไรช้าลง E: Eye and Ear disorder ทำให้ขาดการกระตุ้นจากระบบประสาท N: Nutrition ส่วนมากที่เป็นสาเหตุคือ (1) ขาดวิตามิน บี1

ปี 6 และปี 12 และขาดกรดโฟลิก (2) Normal pressure hydrocephalus ภาวะน้ำเกินในโพรงสมองก่อให้เกิดการเดินที่ผิดปกติ เช่น เดินซอยเท้า ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่พ้นพื้น ในขั้นรุนแรงผู้ป่วยจะเดินไม่ได้มีความจำลดลงในที่สุดจะเกิดสมองเสื่อม (Nunthaaree, 2011) T: Tumors and Trauma โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดออกแบบเรื้อรังในช่องอะแร็กนอยด์และเนื้องอกที่สมอง I: Infection เป็นการติดเชื้อที่ขึ้นสู่สมองหลังได้รับการรักษาแล้วระดับการทำงานของสมองมักไม่กลับคืนมา A: Arteriosclerosis and Alcohol หลอดเลือดที่แข็งตัวก่อให้เกิดการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดสมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ เช่น alcoholic dementia, Wernicke-Korsakoff syndrome และยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่นำมาสู่การกระทบกระเทือนต่อสมองได้ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยยังพบว่าการบุหรี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย (พูดน้อย คิดน้อย) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Panakhon, et al., 2015)

ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากเหตุใดก็ตาม เมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะเริ่มส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น ต้องใช้เงินรักษาเพิ่มขึ้น สังคมรอบข้างต้องมีส่วนร่วมดูแลมากขึ้น

### ผลกระทบจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ความตั้งใจ ความจำ การรับรู้พฤติกรรม และเกิดความพิการทุพพลภาพ ครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลต้องช่วยเหลือทั้งในระยะสั้นและดูแลระยะยาว อันส่งผลกระทบต่อครอบครัวญาติผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพ (Namchantha, 2010) และมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ที่ต้องใช้เงินจำนวนมากสำหรับการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนในด้านอัตรากำลังคนของประเทศภาระค่าใช้จ่ายครัวเรือน ภาระการดูแลและการทำงานที่ก่อเกิดรายได้ของญาติที่จำเป็นต้องขาดรายได้ เนื่องจากต้องมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมนั้นยังมีผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งร่างกาย อารมณ์ การเข้าสังคมและการพบปะเพื่อนรวมถึงเวลาสำหรับการพักผ่อนประจำวันด้วย (Muangpaisan, 2017) ซึ่งผลกระทบจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นนี้ควรมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะและนโยบายด้านสาธารณสุขของไทยในอนาคตด้วย

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และแนวโน้มของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นมิติใหม่ที่กำลังขยายวงกว้างออกตามสังคมผู้สูงอายุ

### ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ สิ่งที่ต้องเผชิญคือการระบอบด้านของประเทศที่รัฐบาลต้องแบกรับไว้ โดยหนึ่งในนั้นคือ ด้านระบบสาธารณสุขไทย ที่ต้องเตรียมรับมือปัญหาสุขภาพทุก ๆ ของสังคมผู้สูงอายุ พยาบาลจึงควรรู้ประเด็นและแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมอันจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทยโดยกล่าวตามหัวข้อที่สำคัญที่พยาบาลต้องรู้ได้ดังนี้

#### 1 การเตรียมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระยะยาวเพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาที่จำเพาะของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระยะยาวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ พบว่าพยาบาลที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมี 10 สมรรถนะหลัก (Traynor, Inoue & Crookes, 2011) ดังนี้ (1) มีความเข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (2) มีความตระหนักรู้ในตนเองเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (3) สามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) พร้อมทั้งจะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ

(5) จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (6) มีจริยธรรมในการดูแลทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (7) มีทักษะการจัดกิจกรรมกระตุ้นการชะลอการเสื่อมและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (8) สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (9) สามารถส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมของสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมได้ (10) มีความเชี่ยวชาญและพร้อมที่จะดูแลกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Traynor, Inoue & Crookes, 2011) ดังนี้ (1) ยังไม่มีประสบการณ์แต่สนใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (2) เพิ่งเริ่มดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ยังไม่สามารถดูแลได้ทุกด้าน (3) สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทุกด้านแต่ยังไม่คล่องตัว (4) สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทุกด้านอย่างเชี่ยวชาญ (5) สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทุกด้านแบบชำนาญการ

## 2. การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นอกจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องแล้วพยาบาลต้องรู้การวิธการใช้ การแปลผลเครื่องมือและการจัดการผู้ป่วยเมื่อค้นพบว่ามีความสมองเสื่อมเกิดขึ้นซึ่งนำเสนอชุดเครื่องมือที่สำคัญซึ่งพยาบาลต้องทำความเข้าใจ (Muangpaisan, 2016; Muangpaisan, 2017) อธิบายรายละเอียด ดังนี้ (1) การตรวจสุขภาพจิตฉบับย่อ (MMSE) เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้มากที่สุดมีความไวและความแม่นยำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80 แต่ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยก็จะได้ค่าคะแนนสูงและไม่ไวต่อการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสันและโรคของหลอดเลือดเป็นต้น ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 10 นาที (2) การวาดหน้าปัดนาฬิกา (CDT) ใช้แยกความผิดปกติของสมองเสื่อมในส่วนของความรู้จำออกจากการเสื่อมในด้านบริหารจัดการ และไม่ใช้เครื่องมือการทดสอบความจำระยะสั้น

ซึ่งเป็นอาการเด่นของโรคอัลไซเมอร์ การแปลผลเครื่องมือชนิดนี้ต้องอาศัยทักษะค่อนข้างสูงไม่เหมาะกับผู้ที่ขาดทักษะในการประเมิน ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 2 นาที (3) เครื่องมือทดสอบหลายด้านของการรู้คิด (MoCA) อาทิ ด้านความจำระยะสั้น ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการ ภาษา สมาธิจดจ่อ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เครื่องมือนี้สามารถแยกคนที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อย (cognitive impairment) ออกจากคนปกติและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจนมีความไวมากกว่าร้อยละ 90 ใช้เวลาทำแบบประเมินประมาณ 10 นาที (4) เครื่องมืออื่น ๆ ที่ควรจะมี เช่น การทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test-- AMT), แบบทดสอบความสามารถในการคิด/ สติปัญญาเฉพาะส่วน (Rowland Universal Dementia assessment Scale--RUDAS) เช่น การวาดหน้าปัดนาฬิกา การเล่าเรื่อง เป็นต้น หรือแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test--CMT) อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้ MMSE ในผู้สูงอายุทุกรายเว้นแต่จะพบอาการแสดงที่สังเกตได้

## 3. การป้องกันและการชะลอการเกิดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพหรือป้องกันด้วยการขจัดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (Muangpaisan, 2016) การป้องกันระดับปฐมภูมิสามารถปฏิบัติได้ (Muangpaisan, 2015) ดังนี้ การขจัดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะขาดวิตามิน การไม่ออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ โรคหัวใจชนิดก่อกลิ้มเลือด ภาวะสารโฮโมซิสเตอีนสูงในเลือด การรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทน อุบัติเหตุที่ศีรษะ การศึกษาดำ ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด การติดเชื้อในร่างกาย ได้รับสารพิษ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการรุนแรง เพื่อให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อ

ชะลอการดำเนินของภาวะสมองเสื่อม (Muangpaisan, 2015) (3) การป้องกันระดับตติยภูมิหมายถึงการชะลอความรุนแรงของโรคเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการอย่างเห็นได้ชัดแล้ว เช่น การดูแลให้ ยาต้านอะซิติลโคลีนเอสเทอเรส อินฮิบิเตอร์ (Acetylcholinesterase inhibitor) และ ยาเมแมนทีน (memantine) เป็นต้น (Muangpaisan, 2015) รวมถึงการจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะมากระตุ้นให้การดำเนินของโรคเร็วยิ่งขึ้น

ถึงแม้การป้องกันจะมีประสิทธิภาพแต่ก็ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น รอยโรคเดิมที่สมอง เนื้องอกสมอง การเสื่อมของเซลล์ประสาท เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมแล้วจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงทุกด้าน โรคเรื้อรังที่เคยรักษาอยู่ก็จะกำเริบได้ง่ายและกำเริบบ่อยขึ้น ดังนั้นภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสาเหตุที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะในการเตรียมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วย

#### 4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่ไม่ต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป กล่าวคือมักมาด้วยอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรังทางอายุกรรมที่กำเริบ การพลัดตกหกล้มและกระดูกหัก แต่สิ่งที่แตกต่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับรักษาตัวด้วยอาการที่พบบ่อยข้างต้นจะต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้สูงอายุทั่วไป หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ตระหนักถึงภาวะสมองเสื่อมที่ซ่อนอยู่ (Alzheimer's Society, 2016) เมื่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลพยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักในเรื่องต่อไปนี้ (Muangpaisan, 2016) (1) การประเมินภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับรักษาตัว (2) การสื่อสารต้องใช้เวลา นานกว่าผู้สูงอายุปกติ (3) ต้องเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปและพร้อมที่จะให้รูปแบบการพยาบาลใหม่ที่สอดคล้อง (4) ต้องบริหารอัตราการครองเตียง

โดยเพิ่มการดูแลที่เยือกกว่าปกติ (5) ประเมินอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง (6) เผื่อระวังความปลอดภัย การหกล้ม (7) ร่วมดูแลและวางแผนการจำหน่ายแบบทีมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

#### 5. การสร้างทีมเพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นภาวะที่มีความผิดปกติเรื้อรังและยาวนานรูปแบบการดูแลควรมีทีมดูแลที่เข้มแข็งเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ในประเทศญี่ปุ่นได้พัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น (Shindo, 2017) โดยทีมที่ดีควรประกอบด้วย (1) ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้สูงอายุโดยมีความรู้เฉพาะด้านที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบองค์รวม (2) แพทย์ทางระบบประสาท จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์การสูงอายุ (3) เกสซิก และ (4) นักกิจกรรมบำบัด และครอบครัวของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบของทีมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ชัดเจน แต่ในอนาคตอันใกล้ทีมผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังนั้นการเตรียมทีมเพื่อการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สาธารณสุขไทยต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น

#### 6. การดูแลครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

พยาบาลนอกจากจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว การดูแลครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามเพราะในระยะยาวผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ อารมณ์ และภาพลักษณ์ทางสังคมตามมา หลักการการดูแลครอบครัว ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ (Muangpaisan, et al., 2010; Siritipakorn, 2014) มีดังนี้ (1) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับคนในครอบครัวและชุมชน (2) ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในรายที่เริ่มมีอาการผิดปกติที่ยังไม่มากโดยอธิบายถึงอาการที่เป็นปัจจุบันและข้อจำกัดที่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (3) เสนอวิธีจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อนเสมอ (4) ผู้ดูแลหลัก/ผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ (5) ต้องมี

ความยืดหยุ่นในการดูแลการจัดรูปแบบการดูแลที่  
สม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงไปมา (6) พุดสื่อสารขณะกระทำ  
เป็นประจำโดยใช้ถ้อยคำสั้น ๆ เข้าใจได้ง่าย (7) หลีกเลี่ยง  
การตำหนิ วิจารณ์ผู้ป่วยทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้ป่วย  
และควรตักเตือนไม่ให้บุคคลอื่นกระทำเช่นนั้น (8) ผู้ป่วย  
ควรมีป้ายหรือสร้อยข้อมือที่เป็นสัญลักษณ์ว่ามี  
ปัญหาด้านการรู้คิด (9) ต้องพยายามให้มากกว่าปกติใน  
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจกรรมอันส่งผลดีต่อ  
สุขภาพโดยรวม และ (10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม  
ต้องทำอารมณ์ตนให้แจ่มใส ร่าเริงและสนุกกับการดูแล  
อย่างสม่ำเสมอ

## 7. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้สูง อายุภาวะสมองเสื่อม

มีหลักฐานการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการ  
ดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากประเทศที่เข้าสู่สังคม  
ผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) ก่อน  
ประเทศไทยหลายสิบปี ซึ่งมีอัตราสูงของภาวะสมอง  
เสื่อมอยู่มาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกามีภาระค่าใช้จ่าย  
ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมปีละ  
1720,000 ล้านดอลลาร์ หรือกว่าปีละ 55,040,000  
ล้านบาท และประเทศญี่ปุ่นใช้จ่ายเงินเพื่อดูแล  
ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันกว่าปีละ 93,340 ล้านดอลลาร์ ใน  
ประเทศไทยพบการให้ข้อมูลด้านการใช้จ่ายงบประมาณ  
ในการดูแล รักษาผู้ที่มีภาวะภาวะสมองเสื่อมในภาพรวม  
จากสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยแก่สมาคม  
โรคอัลไซเมอร์นานาชาติ คณะกรรมาธิการใช้จ่ายงบประมาณ  
ขั้นต่ำกว่าปีละ 1,810 ล้านดอลลาร์ (Alzheimer's  
Disease International, 2016) ซึ่งค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น  
เท่าตัว เมื่อเกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นในทางเศรษฐศาสตร์  
มักคิดถึงจุดคุ้มค่าและคุ้มทุนเสมอ (Techakhehakit,  
2015)

## บทสรุป

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง  
เสื่อมมากกว่า 229,100 คน ใช้จ่ายเงินสำหรับการดูแล  
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กว่าปีละ 1,810 ล้านดอลลาร์ และคาด  
ว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดด ผลที่เกิดขึ้น  
ล้วนเป็นผลกระทบด้านลบที่จะสร้างความสูญเสีย  
ทั้งทางด้านสุขภาพ จำนวนคนทำงาน เศรษฐกิจและ  
ระบบทางสังคม ซึ่งประเทศไทยยากที่หลีกเลี่ยงได้ มิติ  
ความท้าทายของพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อมในโลกอนาคต นอกจากส่งเสริมสุขภาพ  
เน้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เข้มข้นและ  
เร่งฟื้นฟูชะลอกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมแล้ว  
ยังต้องเตรียมสมรรถนะของตนเองและต้องฝึกทักษะ  
ให้กับพยาบาลทุกระดับทั้งประเทศเพราะผู้สูงอายุจะ  
กระจายตัวอยู่ทุกพื้นที่ นอกจากนี้ต้องเป็นผู้นำสร้างทีม  
สุขภาพเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้  
ต้องศึกษาวิจัยเพื่อการออกแบบระบบที่เหมาะสม  
สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน  
โดยมีมุมมองให้มีสถานดูแลกลางเป็นของชุมชนและญาติ  
ผู้ดูแลต้องสลับเวรกันดูแล จากที่เคยดูแลเฉพาะญาติ  
ตนเองก็ต้องดูแลผู้สูงอายุคนอื่นที่มีภาวะสมองเสื่อมที่  
อยู่ในชุมชนด้วย ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางจิตใจ ร่างกาย  
ของญาติผู้ดูแลเองที่เคยต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
สมองเสื่อมต่อเนื่องคนเดียว ก็จะมีเวลาพักผ่อน มีเวลา  
ให้กับตนเอง ที่สำคัญเป็นลดภาระการรักษาพยาบาล  
ที่ต้องนำผู้สูงอายุกลุ่มนี้มานอนรักษาที่โรงพยาบาล  
ลดค่าใช้จ่ายงบประมาณของแผ่นดิน ญาติยังมีสิทธิเต็ม  
ที่ในการดูแล ตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเองก็จะ  
รู้สึกได้ว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง โดยต้องวางแผนกับทีมสุขภาพ  
ในการจัดโปรแกรมการดูแล เพื่อรูปแบบการดูแลที่  
สอดคล้องกับนโยบายองค์การอนามัยโลกที่ว่า แหล่ง  
ปฐมภูมิสำคัญที่สุดเพราะต้องให้การดูแลตั้งแต่เกิดจน  
สิ้นลมหายใจด้วยคนในถิ่นปฐมภูมิ และเพื่อประสิทธิภาพ  
ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีกว่าเดิม



## References

- Alzheimer's Disease International. (2016). *Dementia in the Asia Pacific region*. Retrieved from <http://www.Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>
- Alzheimer's Society. (2016). *Fix dementia care: Hospitals*. Retrieved from <http://www.alzheimers.org.uk/fixdementiacare>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM5)*. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Chunharat, S. (2010). *Situation elderly people in Thailand, 2009*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)
- Eakpalakorn, W. (2009). *Thai health survey by physical examination 4<sup>th</sup> (2008-2009)*. Nonthaburi: The Graphico Systems. (in Thai)
- Geschwind, M. D., Haman, A., & Miller, B. L. (2012). Diagnosis and treatment of rapidly progressive dementias. *Neurology Clinical Practice*, 25(3), 783-807.
- Jianping, J., Fen, W., Cuibai, W., Aihong, Z., Xiangfei, J., & Fang, L. (2014). The prevalence of dementia in urban and rural areas of China. *Alzheimer's & Dementia*, 10(4), 1-9.
- Muangpaisan, W. (2015). Dementia in elderly person, prevention. In Assantachai, P. (Ed.), *Common health problems in the elderly and prevention*. Bangkok: Union Creation. (in Thai)
- Muangpaisan, W. (2016). *Dementia: Prevention, assessment and care*. Bangkok: Parbpim. (in Thai)
- Muangpaisan, W. (2017). *Gerontology and geriatrics for primary care practice*. Bangkok: Parbpim. (in Thai)
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S., . . . Pisansalakij, D. (2010). Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Medical Association of Thailand*, 93(5), 601-607.
- Namchantha, R. (2010). Rehabilitation of elders with dementia. *Journal of HCU academic*, 14(27), 137-150. (in Thai)
- Nunthaaree, S. (2011). *Normal pressure hydrocephalus*. Retrieved from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=887> (in Thai)
- Papadakis, M. A., McPhee, S. J., & Rabow, M. W. (2014). *Current medical diagnosis & treatment*. New York: McGraw Hill Medical.
- Panakhon, L., Nanthamongkolchai, S., Pitikultang, S., & Taechaboonsersak, P. (2015). Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province. *Journal of Public Health*, 45(2), 197-209. (in Thai)
- Prasat Neurological Institute. (2008). *Clinical practice guidelines: Dementia*. Nonthaburi: Tana. (in Thai)
- Sasat, S. (2011). *Gerontological nursing: Common*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

- Siripanit, B. (2016). *Situation elderly people in Thailand, 2015*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (in Thai)
- Siritipakorn, P. (2014). Nurse's roles in caring for elderly people with dementia and the caregivers. *Thai Journal of Nursing*, 63(4), 12-19. (in Thai)
- Suwan, A., & Trakulsithichoke, S. (2016). Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Lukhok subdistrict, Muang district, Pathumtani province. *Journal of Association of Private Higher Education Institution of Thailand*, 5(2), 21-32. (in Thai)
- Techakhehakit, W. (2015). *Principles of basic health economics*. Bangkok: SE-ED. (in Thai)
- Traynor, V., Inoue, K. Crookes, P. A. (2011). Literature review: Understanding nursing competence in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1948-1960.
- Thudanapoonchai, S. (2007). Dementia, new diseases, life-threatening patients and caregivers. *Quality of Life*, 14(122), 115-120. (in Thai)
- Shindo, Y. (2017). Education programs on dementia care in Japan. *International Nurse Education Conference*, Bangkok.

