

ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมืออาชีพ

Professional Home-Based Care for Persons with Dementia

นันทพร ศรีนัม¹ และธารินี นนทพุท²
Nantaporn Srinim¹ and Tharinee Nontaput²
¹โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
¹Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
²Boromarajonani College of Nursing Songkhla

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ทำได้แค่เพียงช่วยยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในช่วงที่ดูแลตัวเองได้นานที่สุดเท่านั้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ญาติสนิทจะมีความหมายต่อผู้ป่วยมากที่สุด บทความนี้จะนำเสนอการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน โดยแบ่งการดูแลเป็น 5 ด้านดังนี้ (1) การส่งเสริมด้านกิจวัตรประจำวัน (2) การลดความกังวลและจัดการความเครียด (3) การช่วยเหลือในการสื่อสาร และการใช้ภาษา (4) การติดตามและจัดการกับการรบกวนเวลาส่วนตัว (5) การจัดการเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช โดยหวังให้ญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, การดูแลที่บ้าน, ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Dementia is an incurable condition. Current use of medications simply prolongs the duration of the patients' ability to self-care as long as possible. Hence, when caring for those with dementia at home, the intimate relatives are the most meaningful. This article presents home-based care for persons with dementia that are classified into five categories as follows: (1) promoting basic activities of daily living, (2) alleviating anxiety and managing stress, (3) assisting with communication and language use, (4) monitoring and dealing with "disturbed private time", and (5) managing psychiatric complication-related symptoms. It is hoped that the intimate relatives or caregivers have the comprehensive understandings of an appropriate and proper caring for the patients with dementia. This will result in both patients with dementia and their caregivers reaping a better quality of life.

Keywords: dementia, home based-care, persons with dementia



บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization --WHO) ได้รายงานข้อมูล ที่เผยแพร่เมื่อเดือนพฤษภาคม ปีพ.ศ. 2555 ระบุว่าภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วงในระดับโลก โดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 35.6 ล้านคน เป็น 65.7 ล้านคนทั่วโลกภายในปี พ.ศ. 2573 และเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 คาดว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอีกมากกว่า 3 เท่า และพบว่า คนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 5-8 ส่วนคนที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และผู้ที่ที่มีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมสูงขึ้นถึง ร้อยละ 50 ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย สำหรับในประเทศไทย รายงานข้อมูลโดยกระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 3-5 โดยความชุกจะพบมากขึ้นตามอายุซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี และข้อมูลที่รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 600,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วย

โรคอัลไซเมอร์จำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำเสื่อม ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ มีพฤติกรรมแปลก ๆ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเสื่อมของสมองนี้จะเป็นอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไป ในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันทั้งในด้านอาชีพการงานและชีวิตส่วนตัว ซึ่งความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือตั้งใจจะทำ จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน ชื่อสถานที่ที่คุ้นเคยก็ยังไม่จำไม่ได้ ไม่ค่อยมีสมาธิ ส่วนความจำเกี่ยวกับอดีตยังดีอยู่ ในระยะนี้แม้กิจกรรมต่าง ๆ และการใช้ชีวิตในสังคมบกพร่องอย่างเห็นได้ชัด แต่ผู้ป่วยสามารถอยู่คนเดียวได้พึ่งตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และการตัดสินใจค่อนข้างดี

ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง จะมี ความจำเสื่อมลงมากขึ้น มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการคำนวณ การกระช่ายทาง ไม่สามารถเปิดโทรทัศน์ได้ ทั้ง ๆ ที่เคยทำมาก่อน หรือยืนดูน้ำล้นอ่างเฉย ๆ เพราะไม่รู้จะแก้ปัญหาอย่างไร ถึงแม้กระทั่งซื้อคนในครอบครัว ช่วงท้ายระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หลงผิดหลงลืม การอยู่ตามลำพังอาจเป็นอันตราย และจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามสมควร

ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง ผู้ป่วยจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย กินข้าวแล้วเพียงไม่กินที่ก็บอกว่ายังไม่ได้กิน ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ด้วยตัวเอง จำญาติพี่น้องไม่ได้หรือแม้แต่ตนเองก็ยังจำไม่ได้ มักเดินหลงทางในบ้านตนเอง มีความผิดปกติต่าง ๆ เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า เดินช้า กลืนอาหารลำบาก ปัสสาวะไม่ได้ อาจเกิดอาการแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ วิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ได้ผลดีที่สุดขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยแยกโรคได้ถูกต้องและควรรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการในระยะแรก สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่ง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องเสียสละและปรับวิถีชีวิตมาดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในโรค สาเหตุ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นอย่างราบรื่น ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ วิธีป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลสุขภาพภาวะความดันโลหิต เบาหวาน ไขมัน ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หลีกเลี่ยงสารเสพติดซึ่งจะมีผลทำลายสุขภาพในระยะยาว ไม่สำส่อนทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ระวังอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่ศีรษะ ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสอยู่เสมอ มีความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นในครอบครัวยอมรับสภาพตามความเป็นจริง ทำกิจกรรมที่มีการฝึกสมอง เช่น อ่านหนังสือ เล่นต่อคำ เล่นดนตรี ฟังดนตรี ร้องเพลง เดินรำ และไม่เคร่งเครียดเกินไป ที่สำคัญควรตรวจสุขภาพประจำปี เพียงเท่านั้นจะสามารถทำให้ชีวิตมีความสุขได้

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

1. โรคอัลไซเมอร์ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นกลุ่มโรคอันดับ 5 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป โรคอัลไซเมอร์ คือโรคที่เกิดจากการตายของเซลล์สมอง โดยไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนทำให้การทำงานของสมองเสื่อมลงจนกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่จากการตรวจพบทางพยาธิวิทยา พบว่ามีสมองฝ่อ เซลล์สมองสร้างสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่เกี่ยวข้องกับความจำลดลง อย่างไรก็ตามเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคอัลไซเมอร์มีความผิดปกติทางพันธุกรรมร่วมกับสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นด้วย ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์แต่ละคนจะมีอาการแตกต่างกันออกไปแต่ก็มีอาการที่พบร่วมกันหลายประการ อาการแรกสุดที่พบคือความเครียดซึ่งมักจะเข้าใจผิดว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเองตามอายุ อาการที่พบในระยะแรกคือ การสูญเสียความจำเช่นพยายามจำข้อมูลที่เรียนรู้เมื่อไม่นานมานี้ไม่ได้ เมื่อโรคดำเนินไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย และก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน เสียความสามารถทางภาษา สูญเสียความทรงจำระยะยาวและเพิกเฉยต่อสิ่งต่าง ๆ ต่อมาจะสูญเสียการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายและเสียชีวิตในที่สุด ปัจจุบันแม้จะยังไม่มียารักษาโรคนี้ให้หายได้ แต่จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีตัวยาที่สามารถช่วยให้ความจำ พฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ทั้งในโรคอัลไซเมอร์ตั้งแต่ระยะปานกลางจนถึงรุนแรงได้ แต่ผู้ดูแลต้องคอยระวังและสังเกตผลข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ วิงเวียน ปวดศีรษะ โดยเฉพาะเมื่อเริ่มรับประทานยาครั้งแรก ดังนั้นหากตรวจพบตั้งแต่เนิ่น ๆ และทำการรักษาอาการจะทุเลาลง แม้จะมีวิธีต่าง ๆ มากมายที่เชื่อว่าป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้แต่ก็ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าช่วยชะลอการดำเนินโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ แต่แนวทางแนะนำที่เชื่อว่าจะช่วยป้องกันและจัดการโรคได้นั้นคือ การกระตุ้นทางจิตใจ (mental stimulation) การออกกำลังกายให้เหมาะสมและการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่

2. วัยสูงอายุ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามธรรมชาติของสังขาร

3. สมองขาดเลือด มักเกิดจากหลอดเลือดเส้นเล็ก ๆ อุดตันซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้เซลล์สมองตาย และการทำงานของสมองเสื่อมลง

4. ความดันในสมองสูงจากการมีเลือดคั่งในสมองหรือเนื้องอกในสมอง ทำให้มีพฤติกรรมความคิดหรือการตัดสินใจผิดปกติคล้ายภาวะสมองเสื่อม

5. ขาดวิตามินบี 12 ซึ่งเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการทำงานของสมอง

6. การติดเชื้อที่มีผลทางสมอง เช่น ซิฟิลิส ไวรัสสมองอักเสบและไวรัสเอดส์ ทำให้เซลล์สมองตาย และเกิดภาวะสมองเสื่อม

7. การคิดสุราเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม

8. ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังการขาดออกซิเจน เช่น มีอาการชักซ้ำติดต่อกัน หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเวลานาน ๆ

9. โรคเสื่อมบางชนิดทำให้เกิดสมองฝ่อบางส่วน เช่น โรคพาร์กินสันทำให้เกิดอาการสั่น และเคลื่อนไหวช้า

ผลจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ภาวะที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (Noppasod & Suntornchaiya, 2015) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้มีแต่การรักษาเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญคือ ภรรยาและบุตรสาว (Aunnapiyak, 2010; Paemmongkol, 2010) สังคมจึงคาดหวังว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ และการช่วยเหลือส่วนใหญ่จะช่วยเหลือในด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย

เป็นต้น ในฐานะการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรในองค์กร หรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่ จะช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื่องการเงิน และจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาของ นิชกา โมราถบ และคณะ(2012) พบเช่นกันว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในสังคมไทย มีเหตุผลหลักในการรับผิดชอบดูแลเพราะ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีบุคคลอื่นที่จะพึ่งดูแลได้ ไม่มีภาระหน้าที่การทำงาน สมาชิกในครอบครัวคนอื่นต้องการออกไปทำงาน หรือแยกครอบครัว เป็นบุตรคนโต ทดแทนบุญคุณ และดูแลด้วยความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (Srinim, 2014) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแล ดังนั้นการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างถูกต้องจึงจะส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่ามียุทธวิธีด้วยกัน ซึ่งหลักการดูแลส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลตามอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อม ในที่นี้จะเน้นการดูแลที่บ้านเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยแบ่งการดูแลเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ในระยะต้น ๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะมีปัญหาการหลงลืมโดยผู้ป่วยยังคงรู้ว่าหลงลืมโดยเฉพาะเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องช่วยกำหนดกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วย เช่น

- 1.1 การดูแลประจำวันทั่วไป ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมักจะพบปัญหาต่าง ๆ ได้อยู่เรื่อย ๆ ซ้ำ ๆ ปัญหาจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย กลายเป็นภาระที่ผู้ดูแลจะต้องรับ หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ก็จะช่วยลดภาระในการดูแลลงไปได้ ดังเช่น

เรื่องความปลอดภัยทั่วไป ควรเก็บไม้ขีดไฟและไฟแช็คไว้ในที่มิดชิด หากผู้ป่วยยังสับสนหรือต้องคอยระวังไม่ให้วางทิ้งไว้โดยไม่ได้อับหรือทิ้งไว้บนพื้น ระวังเรื่องเตาหุงต้ม หากมีปัญหาเรื่องความจำและทักษะในการเคลื่อนไหวบกพร่อง ก็ไม่ควรให้หุงต้มอาหารเอง พื้นบ้านควรสะอาดไม่ลื่นหรือไม่มีสิ่งกีดขวาง ถ้าต้องขึ้นลงบันไดควรทำราวจับและคอยดูแลขณะขึ้นลงทุกครั้ง จัดวางสิ่งของทั่วไปให้เป็นระเบียบอยู่ในตำแหน่งเดิมอยู่เสมอเพื่อความสะดวกในการหยิบใช้และเกิดความปลอดภัยรวมถึงควรจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตเช่น ติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจน ทำราวให้จับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่ เตรียมอาหารหรือช่วยจัดซื้อสิ่งที่จำเป็นต่อสุขภาพ ในรายที่ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ควรให้อาหารหรืออาหารเสริมทดแทน ดูแลปริมาณน้ำดื่มให้เพียงพอและเหมาะสม ไม่ควรให้รับประทานอาหารที่ร้อนจัดจนเกินไป ไม่ควรตำหนิ หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายกับความผิดพลาดระหว่างการรับประทานอาหาร เช่น ทำและเเตะหรือหก ตกอาจใช้จานพลาสติกแทนจานกระเบื้อง และใช้ผ้ากันเปื้อนช่วย และเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องทักษะการเคลื่อนไหว ควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ การดูแลสุขภาพปาก และฟัน ถ้าใช้ฟันปลอมผู้ดูแลอาจช่วยทำความสะอาดให้ หากมีฟันจริงควรดูแลให้แปรงฟันอย่างใกล้ชิด และผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือ เช่น ควรบิบบยาสีฟันให้ เป็นต้นซึ่งการช่วยดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะส่งผลดีก็จะมีภาวะเครียดลดลงทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลสอดคล้องกับผลสรุปงานวิจัย ของ กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัต์ย์ (2015) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสรุปผลงานวิจัยไว้ว่า (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การดูแลด้านการเคลื่อนไหว การควบคุม กล้ามเนื้อ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองหลายด้าน รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือ การไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำ และความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อย เป็นค่อยไป เช่น ระยะแรกการเดินไม่ค่อยมั่นคง ต่อมาจะ เดินช้าลงและสุดท้ายก็เดินลากเท้าหรือเดินไม่ได้ ซึ่งใน ระยะหลังนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการควบคุม กล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ ผู้ดูแล จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติ สิ่งต่าง ๆ เช่น การจัดท่าราวดัดกำแพงให้ผู้พยียึดจับ เพื่อ ช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำ เพื่อให้สะดวกในการลุกจาก โถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับ เดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดี เพื่อให้เดินได้ สะดวก หากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน แต่อาจจะพบว่าไม่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย เนื่องจาก สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

1.3 การดูแลด้านการขับถ่าย ปัญหาเรื่องการขับ ถ่ายที่พบบ่อยคือ การกลั้นปัสสาวะและหรืออุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งควรจะปรึกษาแพทย์ เป็นรายกรณี บางสาเหตุอาจแก้ไขให้สามารถกลับมาเป็น ปกติได้ แต่บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่ถูก มองข้าม เช่น ผู้ป่วยหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพาะ เวลากลางวัน วิธีการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแลได้แก่ หาสถานที่ ที่พักสะดวกแก่การดูแลผู้ป่วย เช่น ห้องนอนและห้องน้ำ ไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้ สว่างตลอดเวลา เพื่อความสะดวกแก่ผู้ป่วยจะลุกมาเข้า ห้องน้ำได้ด้วยตนเอง การดูแลควรจดบันทึกเวลาขับถ่าย ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ประมาณเวลาที่พาผู้ป่วยไป ห้องน้ำได้ทัน ก่อนที่ปัสสาวะจะราดได้ หรือพาไปเข้า ห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งควรทำอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยใน รายที่มักปัสสาวะราดในตอนกลางวัน ควรจะลดปริมาณ น้ำดื่ม และพาไปเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน กรณี ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้ผ้าพลาสติกปูรองที่นอน กรณีที่มี อาการหนักที่ต้องอยู่บนเตียง ควรใช้ผ้าอ้อมสำเร็จ หรือ ผ้ากันเปื้อนช่วยซับ

1.4 การดูแลการนอนตอนกลางคืน ผู้ป่วยมักไม่นอนในเวลากลางคืนซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลเดือดร้อนมาก ที่สุด เพราะผู้ดูแลไม่ได้พักผ่อน และรู้สึกเครียดมากขึ้น หลายเท่า ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงใน สมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลับเพียงช่วงสั้น ๆ และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลางวัน กลางวัน อาการดังกล่าวจะยิ่ง รุนแรงขึ้นเมื่อสมองยิ่งเสื่อมลง การให้ยานอนหลับจะได้ ผลเพียงระยะสั้น ๆ และเสี่ยงต่อผลข้างเคียง เช่น สับสน หรือหกล้ม ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ใน กรณีที่ผู้ดูแลเพลอหลับไปก่อน เช่น ปิดทางเข้าออกจาก บ้าน ปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าและเตาไฟฟ้าให้เรียบร้อย ควรมี การปลดเปลี่ยนกันเพื่อให้มีการพักผ่อนเพียงพอ นอกจากนี้ ควรให้ผู้ป่วยได้มีการเดินออกกำลังกายในเวลา กลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นในตอน กลางคืน (Sukyist, 2001)

2. การดูแลเพื่อลดความกังวลและความเครียด การดูแลเพื่อลดความกังวลและความเครียด ในระยะต้น ๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะรู้ตัวว่ามีปัญหาการหลงลืม ทำให้หงุดหงิด โมโหง่ายหรือหวาดกลัว ญาติหรือผู้ดูแล ต้องช่วยลดความกังวลและความเครียดของผู้ป่วย โดยควร ดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลผู้ป่วยให้รู้จักตนเอง และ สิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (reality orientation) เป็นการฝึกให้รับรู้ ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารเช้าหรือยัง รู้สภาพต่าง ๆ รอบตัว ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถามคำตอบหรือ วิธีการอื่น ๆ ให้ได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น ถามเรื่อง การรับประทานอาหารเช้า การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้ เงิน ค่าของเงินและธนบัตร เหรียญต่าง ๆ อาจพูดคุยถึง สภาพดินฟ้าอากาศ ให้ผู้ป่วยรู้เวลากลางวันกลางคืน ซึ่ง การตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการรอ ฟังคำตอบ เนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลานานในการ นึกคิดตอบคำถาม

2.2 การเล่นดนตรีเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน หากผู้ป่วยยังสามารถจำวิธีเล่นดนตรีขึ้นใจได้ควรให้เล่น เพลงเก่าในอดีต เพื่อความเหมาะสมและช่วยให้ระลึกถึง ความหลังได้ การให้มีกิจกรรมทางศาสนาเช่น การสวด มนต์ไหว้พระ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกกระตุ้นความจำได้

อาจจะใช้บทสวดมนต์ที่สั้นหรือฉบับย่อ การทำบุญตามโอกาสต่าง ๆ เช่น วันเข้าพรรษา วันมาฆบูชา จะเป็นการกระตุ้นให้ได้รับรู้วันเวลาตามกาลเทศะได้

2.3 ชักชวนทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น เตรียมอาหาร ทำความสะอาดของใช้ในบ้าน ตกแต่งต้นไม้ การพาผู้ป่วยออกไปเดินนอกบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนบรรยากาศ

2.4 วางสิ่งของที่ผู้ป่วยชอบใช้ ไว้ประจำที่เดิมที่เคยไว้อยู่เสมอ ไม่ควรเปลี่ยนที่วางใหม่หรือไปวางในตำแหน่งอื่นและจัดไว้ในจุดที่มองเห็นได้ง่าย

2.5 ชวนครูปสาสิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด พร้อม ๆ กับกระตุ้นให้นึกชื่อบุคคลจากรูป

2.6 คิดปฏิทินใบใหญ่ ๆ และทำเครื่องหมายกากบาทเมื่อผ่านไปในแต่ละวัน ทำป้ายเตือนความจำรายชื่อกิจกรรมที่ต้องทำ เช่น นัดเพื่อนเก่าไปรับประทานอาหารนอกบ้าน และชวนให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้เมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2.7 ถ้าผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระที่ข้างนอกบ้านหรือไม่ได้อยู่ดูแลในบางช่วงเวลาควรเขียนบันทึกทิ้งไว้ว่าผู้ดูแลจะไปที่ไหน และจะกลับเมื่อไหร่ หรือสร้างตารางเวลาไว้ว่า ผู้ดูแลจะออกไปข้างนอกเป็นประจำในช่วงเวลาใด

2.8 การพาผู้ป่วยออกนอกสถานที่ การเดินเล่น การออกกำลังกายจะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยสดชื่น โดยเฉพาะในระยะแรก ที่ยังมีอาการไม่มาก และผู้ป่วยยังมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ผู้ป่วยไม่ชอบอยู่ในสถานที่ที่จำกัด ควรให้โอกาสได้ออกไปนอกบ้าน อย่างของเที่ยวสวนสาธารณะการพาผู้ป่วยไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การจัดงานพบปะกับลูกหลานและเพื่อน ๆ สิ่งดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขแต่ไม่ควรจัดงานสังสรรค์กลุ่มใหญ่ เพราะผู้ป่วยอาจจะปรับตัวไม่ได้และตื่นกลัว การพาผู้ป่วยออกนอกบ้านจึงอาจเป็นปัญหาต่อผู้ดูแลอยู่บ้าง จึงต้องระวังปัญหาเรื่องการพลัดหลงเพราะผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องความจำ การสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีอาการมากจะไม่สามารถจำตนเองและหาทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญไป ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อได้ให้ผู้ป่วยพกไว้ติดตัวตลอดเวลา

3. การดูแลช่วยเหลือในการสื่อสาร และการใช้ภาษา เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูด ผู้ดูแลอาจใช้วิธีดังต่อไปนี้เพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น

3.1 เมื่อจะเริ่มสนทนา ควรลดเสียงและแสงรบกวนอื่น ๆ เช่น การปิดโทรทัศน์ (โดยขออนุญาตผู้ป่วยเสียก่อน) เรียกความสนใจผู้ป่วย โดยสัมผัสมือหรือต้นแขนผู้ป่วย ผู้พูดต้องอยู่ด้านหน้าผู้ป่วยตลอดเวลา รักษาระดับใบหน้าของผู้พูดและผู้ป่วยให้สูงเท่า ๆ กัน โดยการย่อตัวลงข้าง ๆ แก้วหรือเตียงผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดตำแหน่งของเจ้าของเสียงได้ง่าย

3.2 ในระหว่างการสนทนา พยายามรักษาสมาธิของผู้ป่วย โดยสบสายตาหรือกุมมือผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา ควรพูดช้า ๆ ด้วยท่าทางสงบ ใช้ข้อความสั้น ๆ มีเพียงใจความเดียวในแต่ละประโยค และตลอดการสนทนาไม่ควรเปลี่ยนหัวข้อหรือนำหลายเรื่องมาปะปนกันส่วนในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้คำการเรียกชื่อสิ่งของหรือบุคคล การใช้ไวยากรณ์ผิด การพูดไม่จบประโยคหรือพูดไปเรื่อย ๆ ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ หรือคิดคำที่ผู้ป่วยต้องการจะพูด เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำที่ผู้ป่วยนึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ลองให้ผู้ป่วยพูดอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรลองเดาคู และบอกผู้ป่วยว่า ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรกับผู้ดูแล โดยใช้คำหรือประโยคง่าย ๆ (Thongyindee, et al., 2009)

3.3 หากจำเป็นต้องถามคำถาม ให้ใช้คำถามตรง ๆ ขึ้นเดียว ไม่ควรใช้คำถามที่ต้องแปลความหรือตัดสินใจเลือก เช่น เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร การตั้งคำถามว่า “หิวหรือยังครับ” ทำให้ผู้ป่วยตอบยาก เพราะต้องแปลระดับความรู้สึกหิวให้เป็นภาษาพูด ดังนั้นผู้ดูแลอาจใช้คำถามตรงไปตรงมาว่า “ทานขนมจีนดีไหมครับ” และหลังจากจบคำถามแล้ว ควรหยุดรอเพื่อให้เวลาผู้ป่วยสักระยะหนึ่ง ในระหว่างนั้นควรสังเกตท่าทางของผู้ป่วยไปด้วยว่า ผู้ป่วยแสดงอาการรับรู้หรือไม่ การใช้ภาษากายได้แก่ การสื่อสาร โดยใช้กริยาท่าทาง สีหน้าและการโอบกอดด้วยความรัก มีประโยชน์มากในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย บางครั้งคนเราสามารถสื่อเข้าใจกันได้โดยไม่ต้องใช้คำพูดเลย

4. การดูแลจัดการกับการติดตาม และการรบกวน เวลาส่วนตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมมักจะชอบติดตาม ผู้ดูแลไปทุก ๆ ที่ โดยไม่ยอมห่าง สิ่งนี้อาจจะเป็นการ รบกวนผู้ดูแล โดยผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีเวลาหรือสถานที่ ส่วนตัวการที่ผู้ป่วยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความรู้สึกว่า ไม่ปลอดภัย การแก้ไขปัญหานี้อาจทำได้โดยหาคนที่ผู้ป่วย ไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยผลัดเวรกันดูแล ผู้ป่วยบ้าง เพื่อผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อน และมีเวลาเป็นของ ตนเอง หากผู้ป่วยยังมีทำที่ง่วนงานวุ่นวายอยู่ไม่สุขแล้ว การ ได้ทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เช่น การนับเหรียญ การนับลูกประคำ จะช่วยควบคุมพฤติกรรมให้สงบลงได้

5. การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช อาการแทรกซ้อนทางจิตเวชที่พบเป็นปัญหาคืออาการ หวาดระแวง อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนอาการ ซึมเศร้า และอาการก้าวร้าว ซึ่งแต่ละอาการที่เกิดขึ้น ควรมีความเข้าใจผู้ป่วยเป็นสำคัญและมีหลักในการดูแล ผู้ป่วยดังนี้

5.1 อาการหวาดระแวงที่พบในผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม มักจะหวาดระแวงแบบไม่สมเหตุสมผล เนื่องจากความผิดปกติของความจำอาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) หรือจากความสับสน เนื่องจากความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยมักจะระแวงว่า สามีหรือภรรยาอกใจ ระแวงว่ามีคนในบ้านปองร้าย หรือระแวงว่า มีคนบางคนคอยขโมยของมีค่าของตนไป อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโรค ผู้ป่วยไม่ สามารถควบคุมพฤติกรรมนี้ได้ อย่าโต้เถียงหรือประชัน หน้ากับผู้ป่วยแต่ให้พยายามพูดอย่างนุ่มนวล อธิบายหรือ ช่วยผู้ป่วยหาของที่เขาว่าถูกขโมยไป ผู้ดูแลต้องใช้ความ อดทนกับปัญหานี้ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในกรณีที่ มีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองเป็นคนอื่น หรือหลง ผิดว่าสามีของตนเป็นบุคคลอื่นปลอมมา เป็นต้น หรือมี อาการประสาทหลอน ซึ่งมักเป็นชนิดการมองเห็นและ การได้ยิน เช่น เห็นสามีที่เสียชีวิตไปมาเยี่ยมหรือได้ยิน เสียงคนร้องไห้อยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการเหล่านี้ควร ได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์

5.2 อาการซึมเศร้า ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้า พบได้ในโรคสมองเสื่อมทุกระยะ แต่กลับพบว่า อาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม มักไม่ได้รับความสนใจ

เท่าที่ควร เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ ตนเอง ผู้ป่วยจึงไม่สนใจที่จะขอรับการรักษา ดังนั้น ผู้ดูแลควรให้ข้อมูล รับฟังอย่างใส่ใจ และมีอารมณ์ คล้อยตามกับผู้ป่วยบ้างบางครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี คนที่รักและห่วงใย

5.3 อาการก้าวร้าว ผู้ป่วยจะแสดงอาการก้าวร้าว เกี่ยววราดกับผู้ดูแลได้บ่อย ๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียใจ กลายเป็นเรื่องที่สร้างปัญหาให้ กับครอบครัวได้ พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย อาจจะ ทำให้สมาชิกของครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นยอมรับได้ยาก การแสดงความโกรธของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมมัก จะเป็นปฏิกิริยาที่รุนแรง และเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ซึ่งอาจ จะไม่ได้แสดงต่อผู้ดูแลโดยตรง แต่อาจจะแสดงต่อคน ใกล้ชิดคนอื่น ๆ ด้วย เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น ผู้ดูแล ต้องมีความเข้าใจ และพยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลง โดยการระมัดระวังอารมณ์ สงบท่าที พูดหรือปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน หากผู้ดูแลแสดงอารมณ์ เกี่ยววราดตอบยิ่งจะทำให้สถานการณ์ต่าง ๆ เลวร้าย มากขึ้น ฟังระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยจะลืมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ อย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลอาจเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ที่กำลังโกรธไปเรื่องอื่น การอดทนต่อเหตุการณ์เหล่านี้ อาจไม่ใช่เรื่องง่ายนัก การถูกด่าว่าบ่อย ๆ จากคนที่รับการ ดูแล ยิ่งทำให้ปวดใจ บางครั้งพบว่า การที่ผู้ดูแลใช้อารมณ์ หรือแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวมากขึ้น อย่าลืมว่าแม้ ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำ แต่ยังสามารถรับอารมณ์และ ความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตนเองได้

บทสรุป

จากอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นภาระอันใหญ่หลวงของ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแล โดยปัญหาและความเหนื่อย เหนือของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้น ตามความรุนแรงของภาวะ สมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีความเครียด ทางด้านจิตใจมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้าน ร่างกาย ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับภาวะ

สมองเสื่อมและระบบครอบครัวรวมถึงสังคมแวดล้อม
ร่วมด้วยช่วยกันจัดการดูแลอย่างถูกต้องและครอบคลุม
ทุกด้านตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นซึ่งแบ่งการดูแลใน
เรื่องต่าง ๆ เป็น 5 ด้านโดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับ
การดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อ

ก่อให้เกิดความปลอดภัยโดยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ
ต่อการดำรงชีวิตและคอยดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
ของผู้ป่วยเป็นอย่างดีอันจะส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อม
และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



References

- Aunnapiyak, L. (2010). *Gerontological: Nervous system problems and other*. Bangkok: Boonsiri. (in Thai)
- Morathop, N., Kanchanakijisakul, C., Pannarunothai, S., Prachuabmoh, V., & Satayavongthip, B. (2012). Role of family caregivers for the elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), 122-131. (in Thai)
- Noppasod, P., & Suntornchaiya, R. (2015). The effect of hope enhancement program with family participation on depression of older persons with major depressive disorders. *Journal of The Police Nurses*, 7(1), 84-94. (in Thai)
- Paemmongkol, P. (2010). *Psychiatric nursing and mental health*. Bangkok: Tharmmasarn. (in Thai)
- Srinim, N. (2014). *Problems and coping experience of caregivers who provide care for dementia patients at home*. Songkhla: Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. (in Thai)
- Sukyist, C. (2001). *Mental health and psychiatric care for doctor manual*. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thongyindee, N., Chumkaew, S., Kongjit, W., Seenoui, P., & Suanchang, O. (2009). Stress reduction program for caregiver of dementia patient. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 3(1), 54-59. (in Thai)
- Worakhunphiset, K. & Sasat, S. (2015). The effect of home environment and progressive muscle relaxation program on stress in caregivers of older people with dementia. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 82-97. (in Thai)

