



ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล Dementia Syndrome in the Elderly: Nursing Care and Caring for Relatives Caregiver

ชัชวาล วงศ์สารี^{1*}, ศุภลักษณ์ พันทอง²

อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*Email : chutchavarn.wo@ssru.ac.th

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอองค์ความรู้ ทาง การพยาบาล วิธีการปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเสนอแนะวิธีการดูแลญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลคือบุคคลสำคัญที่ต้องรับภาระการดูแลอย่างหนักและต่อเนื่อง และเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การรู้คิด ด้านความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในระยะสุดท้ายของโรค ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะนอนนิ่งไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ ตลอดการดำเนินโรคของผู้สูงอายุญาติจะต้องรับมือกับดูแลความปลอดภัยตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น—และให้การดูแลแบบพึ่งพิงเมื่อภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่ระยะสุดท้าย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องร่วมดูแลและต้องออกแบบการใช้ความรู้และถ่ายทอดไปยังญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อผู้ดูแล แนวทางบำบัดทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และวิธีการดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุ การดูแลญาติผู้ดูแล



Abstract

This article aims to present knowledge and practice in nursing care for the elderly with dementia and recommend to caring relatives caregivers. Nurses be aware that caregivers are important people take on burden of heavy care. They are a person affected by the negative impact on the body, mental and career worked. The older person with dementia will have abnormalities. perception, memory, language, decision making, social interaction, and inappropriate behavioral expressions. Final stage of the disease, the older persons will sleep still, not respond to any stimuli. During care progressive of the disease, the caregivers are responsible for the safety of the elderly. Nurses have an important role in supervising and designing use of profession knowledge to the relatives caregivers to provide continuing care for the older persons with dementia effectively. Consequently, nurses need knowledge about to dementia syndrome, impact on the caregivers. Nursing care guidelines for the older person with dementia and caring mode for relatives, caregivers. Achieve the most effective results for the older person and relatives caregiver.

Keyword : Dementia, elderly nursing care , caring for relatives caregiver

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยความชุกของปัญหาจะพบสูงสุดในประเทศที่พัฒนา โดยความชุกเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น เมื่อปี ค.ศ. 2001 ได้มีการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกเป็นครั้งแรกซึ่งพบความชุกในขณะนั้นจำนวน 21 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอเมริกา รองลงมาคือทวีปยุโรป สำหรับทวีปเอเชียพบสูงสุดที่ประเทศญี่ปุ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดการณ์จะเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ 20 ปี โดยคาดการณ์ว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคนและ 81 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 และ ค.ศ. 2040 ตามลำดับ⁽¹⁾ ผลการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2016 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านราย⁽²⁾

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย จากการสำรวจปฏิบัติการความชุกในปี พ.ศ. 2548 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 ราย และนักวิชาการคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในขั้นต่ำจำนวน 450,200 รายในปี พ.ศ. 2563 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าใน พ.ศ. 2593⁽³⁾ และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทยเมื่อปี พ.ศ.



2557 โดยคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 7,356 ราย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 6.8 และผู้หญิงร้อยละ 9.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่า ความชุกของความผิดปกติในผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่า ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง⁽⁴⁾ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยจะพบความชุกสูงสุดในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปีและข้อมูลล่าสุดของการศึกษาปี พ.ศ. 2559 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคนและผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนราย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน⁽²⁷⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยร้อยละ 61-92 จะมีอาการก้าวร้าว มีพฤติกรรมแสดงออกที่วุ่นวาย มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้านแบบไร้จุดหมาย มีอาการซึมเศร้า หลงลืมและชอบทะเลาะกับผู้อื่น มีปัญหานอนไม่เป็นเวลาตื่นไม่เป็นเวลา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ จะพบเพิ่มขึ้นตามระยะของโรค⁽⁵⁾ การแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีการสูญเสียการรับรู้แบบสมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง⁽⁶⁾ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อญาติผู้ดูแลในหลายด้าน⁽⁷⁾ อาทิ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ จนกระทั่งส่งผลมากที่สุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การงาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ยังไม่พบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน พบเพียงข้อมูลค่าใช้จ่ายที่สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยรายงานต่อสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ (Alzheimer's Disease International; ADI) ถึงจำนวนงบประมาณขั้นต่ำที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วประเทศไทย โดยใช้งบประมาณกว่าปีละ 1,810 ล้านบาท⁽⁸⁾ ซึ่งในอนาคต ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากขึ้น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุข และปัญหาทางสังคมอันเกิดจากคนและเงินที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มตามมาด้วย⁽²⁵⁾

ปัญหาทางสังคมที่พบบ่อยมากขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การถูกทำทารุณกรรม และการทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของกาลาเรียและคณะเมื่อปี ค.ศ. 2008 พบว่าร้อยละ 25 ของคนในทวีปเอเชีย ทวีปแอฟริกาและประเทศกลุ่มลาตินอเมริกา มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้อยู่อาศัยตามลำพังซึ่งไร้คนดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้กลายเป็นคนเร่ร่อน ขาดการเข้าถึงสถานพยาบาล ไม่ได้รับการดูแลด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต⁽⁶⁾ ประเทศไทยในอนาคตจึงปฏิเสธไม่ได้



ว่าภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุคืออีกปัญหาหนึ่งที่ใหญ่ยิ่งและ หากวางระบบการดูแลไม่ดีพอ อาจประสบปัญหาทางสังคมตามผลการศึกษาล่าสุด ดังนั้นการกระตุ้นให้ญาติมาดูแลญาติอีกคนที่ภาวะสมองเสื่อมซึ่งในบทความนี้จะเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล (Relatives Caregiver)” เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมตั้งแต่เริ่มต้น เพราะเมื่อบุคคลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลก็จะช่วยลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น บทความนี้จึงมุ่งเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาทพยาบาลกับการดูแลญาติผู้ดูแล

ความหมายของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านเชาวน์ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) ของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติทางการรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณ การตัดสินใจและการใช้ภาษา เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น จะพบบุคลิกภาพและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการแสดงดังกล่าวต้องไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจัย^(2,9)

สาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการกระบวนการฝ่อตัวของเซลล์สมองซึ่งเป็นไปตามกระบวนการชรา ผลจากการฝ่อตัวทำให้เซลล์สมองเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่ไปอย่างช้าๆ จะเริ่มจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งของสมอง ความชุกของภาวะจึงพบสูงขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น พฤติกรรมที่ผิดปกติจะสัมพันธ์กับตำแหน่งของเซลล์สมองที่สูญเสียหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเป็นไปอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของโรสส์และโบเวน (Ross and Bowen) พบว่าร้อยละ 5-10 ของภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงได้ โดยมีตัวอักษรย่อที่จำได้ง่าย คือ “DEMENTIA”⁽¹⁰⁾ โดยอธิบายพอสังเขป ดังนี้ D : drug toxicity โดยเฉพาะกลุ่มยาทางจิตประสาท เช่น ยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสับสน E : emotional disorders ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล M : metabolic and endocrine ที่สำคัญคือ ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก นอนมาก ทำอะไรช้าลง E : eye and ear disorder ทำให้ขาดการกระตุ้นจากระบบประสาท N: 1) nutrition ส่วนมากที่เป็นสาเหตุคือ ขาดวิตามิน บี1 บี6 และบี 12 และขาดกรดโฟลิก 2) normal pressure hydrocephalus ภาวะน้ำเกินในโพรงสมองก่อให้เกิดการเดินที่ผิดปกติ เช่น เดินซอยเท้า ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่พ้นพื้น ในขั้นรุนแรงผู้ป่วยจะเดินไม่ได้มีความจำลดลงอย่างชัดเจน⁽¹¹⁾ T: tumors and trauma โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดออกแบบเรื้อรังในช่องอะแร็กนอยด์ และเนื้องอกที่สมอง I: Infection เป็นการติดเชื้อที่ขึ้นสู่สมองหลังได้รับการรักษาแล้วระดับการทำงานของสมองมักไม่กลับคืนมา

A: arteriosclerosis and alcohol หลอดเลือดที่แข็งตัวก่อให้เกิดการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดสมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ เช่น alcoholic dementia, Wernicke-Korsakoff syndrome หากมีสาเหตุเหล่านี้ในผู้สูงอายุจะทำให้การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริม

อาการวิทยาของภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสุขภาพตามปัจเจกบุคคล ในผู้สูงอายุที่มีการดำเนินของโรคเร็วกว่าปกติ มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวตามด้วยย่อ “VITAMINS”^(9,12) ได้แก่สาเหตุที่เกิดจาก : หลอดเลือด (Vascular) การติดเชื้อ (Infectious) สารพิษและเมตาบอลิกที่ผิดปกติ (Toxic and metabolic) ภูมิแพ้ตนเอง (Autoimmune) เนื้องอกชนิดร้าย (Neoplasma/Metastasis) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (Iatrogenic) เช่น ยาต่าง ๆ ที่ใช้รักษาแล้วมีผลต่อสมอง เป็นต้น การเสื่อมของเซลล์ประสาท (Neurodegenerative) และโรคตามระบบ (Systemic) เช่น โรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์ เป็นต้น

ระยะ/อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถแบ่งตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติได้ 3 ระยะ⁽¹³⁾ ดังนี้ **ระยะเริ่มต้น** จะเริ่มสูญเสียความจำที่ละน้อย โดยเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นปัจจุบัน สิ่งของบ่อยขึ้น **ระยะปานกลาง** จำสิ่งแปลกใหม่สถานที่หรือบุคคลใหม่ๆ ไม่ได้ ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัว การรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสีย แสดงอาการสับสนเกี่ยวกับการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และเรื่องสำคัญของชีวิต **ระยะสุดท้าย** ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ใด ๆ ได้ แม้กระทั่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า และระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุจะไม่รับรู้ตนเอง ไม่สามารถตอบสนองสิ่งเราได้ ร่างกายสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวและไม่ตอบสนองต่อการสั่งการของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวในที่สุด

ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การดูแล

ผลกระทบต่อญาติ/ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ **ผลกระทบด้านร่างกาย** เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายภาระหลักจะตกอยู่กับญาติผู้ดูแลเพราะผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกกิจกรรมในระยะยาวผู้ดูแลจะเกิดอาการเหนื่อยล้า มีภาวะเบื่ออาหาร การทำงานของระบบฮอร์โมนลดลง กล้ามเนื้อตึงเครียด ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น บางรายมีอาการแสดงหัวใจกำเริบบ่อยขึ้น⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ **ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์** ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากภาระการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญ



กับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจากผู้สูงอายุ การพักผ่อนไม่เป็นเวลาทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย และผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ยังทำให้การทำหน้าที่อื่นของญาติผู้ดูแลลดลง ก่อเกิดความรู้สึกเบื่อไม่อยากดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตามมาได้ ผู้ดูแลจะรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมีภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องกลายเป็นคนแปลกหน้าที่ทั้งที่เป็นญาติที่ตนเคยรู้จักมักคุ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของรอสและคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอัตราความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลจะพบมากขึ้นเมื่อให้การดูแลเป็นระยะเวลายาวนานติดต่อกัน ซึ่งขาดความเป็นส่วนตัวต่อเนื่องผลที่ตามมาพบว่าผู้ดูแลไม่อยากจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อ **ผลกระทบด้านสังคมและหน้าที่การงาน** เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ของแต่ละวันเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปญาติผู้ดูแลมักมีบทบาทการงานเดิมในสังคม รวมถึงการเป็นคู่สมรส บิดา มารดาด้วย และเมื่อต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทเดิมอย่างเลี่ยงไม่ได้

แนวทางการบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อม

วิธีบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ให้ผลดีในปัจจุบันต้องรักษาควบคู่กันระหว่างวิธีไม่ใช้ยาและวิธีที่ใช้ยาในการบำบัด⁽¹⁶⁾ สังเขปรายละเอียดของแต่ละวิธีดังนี้

1. การบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยา วิธีนี้เน้นการใช้กิจกรรมบำบัด แบ่งตามวัตถุประสงค์การบำบัดได้ 3 วิธี ดังนี้ 1) เพื่อให้รู้ความเป็นปัจจุบันของวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน กิจกรรมที่สอดคล้อง ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การเล่ารายการทีวี /ละคร ฝึกจำหน้าคน ฝึกทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ฝึกแต่งตัวด้วยตนเอง เป็นต้น 2) เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ให้เกิดความจำดีขึ้น เน้นปฏิบัติกิจกรรมที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ เช่น ดูรูปภาพที่ถ่ายตามสถานที่ต่าง ๆ และภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอดีต เป็นต้น 3) เพื่อปรับอารมณ์และความคิดด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นเกมสื่จากคอมพิวเตอร์ เกมสื่ไฟ เกมสื่กระดาน ทำงานฝีมือ งานศิลปะและฟังดนตรี ให้เขียนบันทึกการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยาจะมีเป้าหมายที่แตกต่างกันเลือกใช้ตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยาที่ได้รับคามนิยมแพร่หลายได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของหลายประเทศ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ได้แก่ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors และ NMDA receptor antagonist ยาเหล่านี้สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของเซลล์สมองมีผลประคับประคองความจำ การรู้คิดและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors ให้ผลการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก อย่างไรก็ตามยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่รุนแรงโดยเฉพาะภาวะเบื่ออาหารที่เกิดต่อเนื่องจนก่อเกิดภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากเมื่อเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ



บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและดูแลผู้ดูแล

เป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในชีวิต และการดำรงอยู่ของชีวิตประจำวันที่ไม่เสี่ยงกับภาวะปกติมากที่สุด ช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง และในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วต้องได้รับการฟื้นฟูความสามารถของสมอง^(9,18-19) ซึ่งพยาบาลต้องใส่ใจในการดูแลปัญหาที่ซับซ้อนอย่างละเอียด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 80 จะมีญาติเป็นผู้ดูแลหลักและส่วนใหญ่จะดูแลกันเองที่บ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง และบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ ศิลปะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผ่านญาติ และบทบาทในการดูแลญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ มีวิธีปฏิบัติแบ่งตามวัตถุประสงค์มีรายละเอียดตามเนื้อหาด้านล่าง

1. เพื่อช่วยให้ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะแสดงออกถึงความผิดปกติทางการรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณ การตัดสินใจ การใช้ภาษา และมีความผิดปกติทางพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ พยาบาลต้องให้การดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อมผ่านญาติผู้ดูแล

1.1 ระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม ระยะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ได้ด้วยตนเอง สิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายในระยะนี้ คือ หลงลืมบ่อย ลืมเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน จำชื่อคนและสถานที่ใหม่ ๆ ไม่ได้ พูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ เริ่มมีปัญหาด้านการตัดสินใจ การสื่อสาร การใช้จ่ายเงินและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โมโหเร็ว เป็นต้น พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยและแนะนำญาติผู้ดูแลในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยดังต่อไปนี้

1.1.1 พฤติกรรมเดินหลงทาง^(9,18-20) ให้การดูแลดังนี้ 1) พยาบาลต้องประเมินการลดลงของเขาว์ปัญญาด้วยแบบประเมิน MMSE 2) ป้องกันพฤติกรรมเดินหลงทางด้วยการจัดการประตูทางออกจากบ้าน เช่น ย้ายตำแหน่งกลอนประตู หรือเปลี่ยนประตูบ้านให้เป็นแบบที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยให้ยากต่อการเปิดออก ติดตั้งกระดิ่งบริเวณประตูเพื่อให้เป็นสัญญาณเตือนเมื่อผู้สูงอายุเปิด ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตรายละเอียดการเดินหลงทาง เป็นต้น 3) จัดการเรื่องชุดแต่งกายที่สุภาพให้กับผู้สูงอายุ และมีลักษณะเฉพาะตัว เช่น เสื้อขาว กางเกงดำ ใส่กลิ่นหอมเฉพาะ เพื่อง่ายต่อการสังเกต จดจำ และติดตามหากมีการเดินหลงทางเกิดขึ้น 4) ประสานงานกับเพื่อนบ้าน พนักงานรักษาความปลอดภัย วินมอเตอร์ไซด์และเจ้าหน้าที่ตำรวจในเขตชุมชนที่อาศัย โดยอธิบายให้บุคคลเหล่านี้เข้าใจลักษณะการเปลี่ยนแปลงความรู้คิดและเขาว์ปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน พร้อมรูปภาพที่ชัดเจนของผู้สูงอายุเพื่อจะได้รับการช่วยเหลือตามหาได้เร็วขึ้นเมื่อผู้สูงอายุหายไปจากบ้าน 5) ให้ทำสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าบุคคลที่มีภาวะผิดปกติด้านการรู้คิด เช่น สวมป้ายข้อมือ สวมสร้อยคอที่มีลักษณะเฉพาะ หรือสัญลักษณ์อื่น ๆ



ที่สื่อสารให้คนในชุมชนรู้เป็นแนวทางเดียวกันจะได้ช่วยกันสอดส่องดูแล 6) จัดทำป้ายชื่อ พร้อมหมายเลข โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อญาติได้ตลอดเวลา เช่น ทำนามบัตรใส่ในกระเป๋าเสื้อ หรือเย็บปักติดที่เสื้อของผู้สูงอายุในบริเวณที่มองเห็นง่าย เพื่อให้ผู้พบเห็นประสานนำส่งกลับบ้านได้สะดวก 7) หากเป็นไปได้ควรจัดให้มีพี่เลี้ยงที่เข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาช่วยดูแลและทำให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

1.1.2 พฤติกรรมความปลอดภัยด้านร่างกายและจิตใจในที่อยู่อาศัย⁽¹⁸⁻²¹⁾ เมื่อระยะของโรครุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติงานแล้วพักดูแลตนอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในที่พักอาศัย ควรเสนอแนะความรู้แก่ผู้ดูแล ดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการป้องกันความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อต้องใช้ชีวิตภายในบ้าน เช่น พฤติกรรมการเดินที่สามารถหลีกเลี่ยงการชนสิ่งของได้ การนั่ง การนอน การรับประทานอาหารและการขับถ่ายที่ยังสามารถช่วยตนเองได้ เพื่อให้รู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นปัจจุบันของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมซ้ำ ๆ และการจดบันทึกเป็นช่วง ๆ 2) จัดระบบสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย เช่น การย้ายสิ่งของเครื่องใช้ที่วางเกะกะหรือสิ่งของที่ไม่จำเป็นออกจากบ้าน จัดพื้นที่สวนรอบ ๆ บ้านให้สะอาด เป็นระเบียบและมีทางสำหรับการเดินที่ชัดเจน 3) งดการเคลื่อนย้ายสิ่งของขึ้นใหญ่ภายในบ้านที่สร้างความไม่คุ้นชินกับผู้สูงอายุ 4) ติดป้ายบอกพื้นที่ให้ชัดเจนเพื่อให้ใช้งานได้ที่ถูกต้อง เช่น ห้องน้ำ ห้องอาหาร ห้องครัว ห้องรับแขก พื้นที่ต่างระดับ เป็นต้น 5) ทำราวสำหรับจับเกาะยืนตามทางเดินห้องน้ำพร้อมทำปุ่มสัญญาณขอความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุใช้ได้สะดวกเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องขอความช่วยเหลือ 6) ปรับเปลี่ยนโครงสร้างตัวบ้านให้เหมาะสมกับการดูแล เช่น เปลี่ยนให้เป็นพื้นบ้านที่หยาบป้องกันการลื่นล้ม มีที่ปิดทางขึ้นบันไดบ้านอย่างมิดชิดป้องกันอุบัติเหตุจากการตกจากที่สูง เติยงนอน เก้าอี้ โซฟา ต้องให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 7) สอน อธิบาย สาธิตการใช้ชีวิตให้ปลอดภัยในบ้านแบบซ้ำๆและต้องหมั่นทบทวนทักษะ จะช่วยกระตุ้นความจำสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

1.1.3 พฤติกรรมความปลอดภัยด้านอารมณ์และการตัดสินใจ^(18-21,28) พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยด้านอารมณ์และการตัดสินใจมักเกิดขึ้นได้บ่อยในระยะเริ่มต้นและระยะปานกลางของภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้สูงอายุจะยังทำงาน เคลื่อนไหวร่างกายและดำเนินกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่ได้ด้วยตนเองแต่การตัดสินใจในชีวิตประจำวันจะเริ่มผิดพลาดบ่อยขึ้น เช่น ขับรถผิดเส้นทาง จำถนนไม่ได้ จ่ายเงินผิดพลาด เป็นต้น ระยะนี้ผู้สูงอายุจะเริ่มรับรู้ว่าตนเองสื่อสารกับบุคคลอื่นได้เข้าใจยากขึ้น จึงมีอารมณ์หงุดหงิดและโมโหง่ายจึงเกิดการทะเลาะกันวิวาทได้ง่ายขึ้น เสนอวิธีการจัดการดูแลดังนี้ **ด้านอารมณ์ :** 1) ต้องยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยไม่โต้แย้ง ไม่ต่อต้านและให้ประเมินระดับความรุนแรงของการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง เพราะรุนแรงมากขึ้นบ่งบอกว่าระยะของภาวะสมองเสื่อมอาจรุนแรงขึ้น 2) เคารพในความเป็นบุคคลต่อผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอเหมือนปกติที่เคยทำ 3) สนทนา รับฟังผู้สูงอายุอย่างตั้งใจและสนใจในการแสดงออก แสดงความอบอุ่นเพราะผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเสมอ ดำรงไว้ซึ่งการเชิดชูเกียรติและให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์



มากขึ้น 4) พูดได้ตอบกับผู้สูงอายุด้วยอารมณ์ที่สุขุม นุ่มนวลในคำพูดและน้ำเสียงด้วยประโยคสั้น ๆ ที่เข้าใจชัดเจนตรงไปตรงมา เพื่อไม่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์โมโหหรือหงุดหงิดจากการสื่อสาร 5) หลีกเลี่ยงการพูดกระซิบกระซาบ นินทาทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้สูงอายุ **ด้านการตัดสินใจ :** 1) ทดสอบการตัดสินใจด้านการบริหารจัดการด้วยการให้ผู้สูงอายุวาดนาฬิกาที่ 11.00 นาฬิกา หากวาดได้ถูกต้องครบองค์ประกอบแสดงว่าผู้สูงอายุยังมีความสามารถด้านจินตนาการ การบริหารจัดการและการตัดสินใจจะไม่ค่อยผิดปกติ 2) หากพบว่ามีการบริหารจัดการเริ่มผิดพลาด เช่น การสั่งงานผิดพลาดขึ้น การแต่งตัวที่ผิดปกติไม่ถูกต้องตามกาลเทศะบ่งบอกว่าการตัดสินใจของผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหา ระยะนี้ผู้สูงอายุจะยังพอรู้ตัวเอง ยังมีความคิดวิเคราะห์ที่จะร่วมวางแผนการดูแลระยะยาวเรื่องสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ซึ่งจะมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดตัดสินใจผิดพลาดในการดูแลสุขภาพตนเอง การบริหารเงิน ทรัพย์สินและมรดก ในช่วงนี้ความจำและการรับรู้ตนยังเหลืออยู่ ผู้สูงอายุควรมอบอำนาจหรือแต่งตั้งผู้อภิบาลแก่ตนเองไว้ก่อนที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรงมากขึ้น 3) ต้องให้ผู้สูงอายุได้เลือกรูปแบบการตายและการเตรียมตัวก่อนตายเพื่อเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สนองตอบต่อความต้องการที่แท้จริงของบุคคล

1.2 ระยะกลางและระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม^(9,18-21) ระยะนี้อันตรายมักมาจากการเดินทาง การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน การตัดสินใจ อารมณ์และอันตรายจากการสื่อสารจะเริ่มลดลง เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะนี้จะมีศักยภาพด้านสังคมลดลง แต่กิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนจะยังคงปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเอง การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น แต่จะเริ่มมีปัญหาเรื่องการเลือกเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ ต่อมาจะเริ่มสูญเสียความรู้คิด การใช้ภาษา การเคลื่อนไหวจะเริ่มลดลง แต่ในรายที่ยังเดินได้ปัญหาเรื่องการเดินทาง ต้องดูแลต่อเนื่องจนเข้าระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำทั้งหมดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ สูญเสียความสามารถด้านการสื่อสาร มีปัญหาด้านการนอน มีปัญหาข้อติดและการกลืน โดยภาพรวมพยาบาลต้องดูแลหรือให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ให้การดูแลเพื่อการดูแล ดังนี้ **กิจกรรมที่ยังปฏิบัติได้ด้วยตนเอง** ให้การดูแลดังนี้: 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและหมั่นทวนทักเฝ้าระวังการปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง 2) สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ห่างๆ เพื่อป้องกันพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุขณะทำกิจกรรม 3) หลังจากที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆเสร็จผู้ดูแลต้องเข้าไปสำรวจ เก็บทำความสะอาดให้เรียบร้อยเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถทำความสะอาดพื้นที่ อุปกรณ์หลังทำกิจกรรมได้สะอาดเรียบร้อย **ระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม** กิจกรรมที่ต้องให้การดูแลมีดังนี้ 1) ปัญหาการนอนหลับ พยายามจัดบรรยากาศที่เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ พยายามจัดเพิ่มกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในตอนกลางวันเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดการนอนตอนกลางวันและจะทำให้เกิดการนอนหลับได้ง่ายขึ้นในตอนกลางคืน ดูแลให้ดื่มมนุ่มๆหรือฟิงคินดรีเบาๆเพื่อให้สารซีโรโทนินหลังเกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์ จัดให้ผู้สูงอายุได้เข้านอนตรงเวลา ปิดไฟให้แสงสลัวงดการรบกวนและที่สำคัญผู้ดูแลต้องหมั่นตื่นมาดูแลความปลอดภัยให้ผู้สูงอายุตอนกลางคืนจากสัตว์ตัวน้อย เช่น มด ยุง ที่อาจกัดผู้ป่วยได้ขณะนอน



2) ปัญหาข้อติด ปัญหานี้จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมแบบสมบูรณผู้สูงอายุจะไม่สามารถสนองตอบสิ่งเร้าและความคุมการเคลื่อนไหวได้ ด้วยการสอนญาติให้ช่วยบริหารข้อป้องกันการติดยึดของข้อ สอนเทคนิคการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในรายที่มีเศษฐฐานะดีแนะนำให้ติดต่อนักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลที่บ้านจะเป็นผลดียิ่งกับผู้สูงอายุ 3) ปัญหาด้านการกลืน พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะนี้ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการทดสอบเรื่องการกลืนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องแนะนำญาติผู้ดูแลเพื่อส่งผู้สูงอายุไปศูนย์ทดสอบการกลืนเพื่อประเมินปัญหาอย่างละเอียดพร้อมเรียนรู้เทคนิคการทดสอบการกลืน การออกแบบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการป้อนอาหาร และลักษณะของอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร กรณีที่พบว่าผู้ป่วยพร่องการกลืนอย่างสมบูรณ์ต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อใส่สายให้อาหารก่อนและสอนทักษะการให้อาหารผ่านทางสายยางแก่ญาติผู้ดูแลตามลำดับ

2. เพื่อชะลอและบำบัดฟื้นฟูความสามารถของสมอง ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมทุกปี ในรายที่ยังไม่เกิดภาวะสมองเสื่อมควรได้รับกิจกรรมที่ช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง ส่วนในรายที่เกิดแล้วควรได้รับกิจกรรมฟื้นฟูการเสื่อมของสมอง ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ชะลอและกิจกรรมที่ใช้ฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมเป็นกิจกรรมชุดเดียวกัน จึงอธิบายตามหลักวิชาการ ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของรัชนี้ นามจันทรา⁽²²⁾ พบว่ากิจกรรมที่ช่วยในการชะลอและการฟื้นฟูความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ได้ผลดีต้องเป็นการกิจกรรมที่เน้นการบำบัดด้วยการรับรู้และส่งเสริมการรับรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การให้ระบุ วัน เวลา สถานที่ บุคคลให้เล่าพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และบรรยายสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง ผู้ดูแลฟังและวิเคราะห์กิจกรรมพร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและอาจพูดซ้ำๆจะช่วยส่งเสริมความสามารถด้านการรับรู้ การจดจำ การชวนคุยเน้นการโต้ตอบแบบมีเหตุผลจะช่วยฝึกความตั้งใจและสมาธิแก่ผู้สูงอายุ การให้รับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่เป็นจริงจะทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นโดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ใช้จะเน้นการชวนพูดคุยให้คิดเรื่องต่าง ๆ เช่น ให้เล่าประวัติศาสตร์ เล่าชีวประวัติ การเรียกชื่อและการจำแนกแยกแยะชื่อวัตถุสิ่งของ เป็นต้น การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสต่าง ๆ เช่น การสัมผัส การรับรส การดมกลิ่น เป็นต้น โดยให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกหลังการสัมผัส กิจกรรมการเชื่อมโยงคำหรือข้อความที่เกี่ยวข้องกันให้ความหมายของคำและสัญลักษณ์ต่าง ๆ การให้ผู้สูงอายุวาดภาพและทำอาหารจะช่วยกระตุ้นการคิดที่เป็นขั้นตอน กล่าวโดยสรุปรูปแบบกิจกรรมที่ผู้ดูแลควรจัดให้กับผู้สูงอายุที่ได้ผลดีต่อการทำหน้าที่ของสมอง คือ กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้ความจริง ในเรื่อง วัน เวลาและสถานที่ ตามด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม หลังจากนั้นให้เลือกชุดโปรแกรมที่ออกแบบไว้มาให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำกิจกรรมตามโปรแกรม และทำหมุนเวียนชุดโปรแกรมทุกวันจะช่วยพัฒนาการทำหน้าที่ของสมองได้ดียิ่งขึ้น จากผลการศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และคณะ⁽²⁵⁾ ยืนยันได้ว่าการจัดกิจกรรมชะลอการเสื่อมของสมองในรูปแบบโปรแกรมช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้จริง⁽²³⁻²⁴⁾



3. เพื่อลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาและผลกระทบด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม จะกลายเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ดูแลปฏิเสธที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อเพราะจะต้องเผชิญกับผลกระทบด้านลบอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการทอดทิ้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเพื่อให้ผลการดูแลมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงเสนอวิธีการดูแลญาติผู้ดูแล^(9,18-20) ดังนี้ 1) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับคนในครอบครัวและชุมชน 2) ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการผิดปกติยังไม่มากด้วยการอธิบายถึงอาการที่เป็นปัจจุบันและข้อจำกัด ผลกระทบในอนาคตที่เป็นจุดกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม 3) เสนอวิธีจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อนเสมอ 4) ควรจัดเวลาพักผ่อนแก่ผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างเพียงพอพร้อมให้พื้นที่ความเป็นส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น 5) ให้อิสระยืดหยุ่นในการออกแบบการดูแลที่เหมาะสม แต่คงหลักการไม่เปลี่ยนแปลงรูปแบบบ่อยเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่คุ้นชิน 6) การสื่อสารด้วยการพูดขณะกระทำเป็นประจำโดยใช้ถ้อยคำสั้น ๆ เข้าใจได้ง่าย จะช่วยลดความหงุดหงิดทั้งสองฝ่าย 7) ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายาม ความอดทนที่มากกว่าปกติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจกรรมตามโปรแกรม 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องหมั่นสร้างอารมณ์ ทำอารมณ์ตนให้แจ่มใส ร่าเริงและสนุกกับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ 9) หากจำเป็นต้องจ้างบุคคลเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลักควรตระหนักในการคัดสรรคนในด้าน ความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมจ่ายให้ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม ทั้งนี้ต้องติดตามประเมินความรับผิดชอบในหน้าที่และเผื่อระวังการทำการุณยฆาตอย่างเคร่งครัด

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและนโยบายสาธารณสุข ปัญหานี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะของวิชาชีพ มาออกแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้พร้อมดูแลครอบครัวโดยยึดความเป็นองค์รวมตามปัจเจกบุคคล การใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะเป็นไปตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นสุขภาพต้องอยู่ที่ครอบครัวและชุมชน แต่พยาบาลต้องสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลด้วยการสอนความรู้และทักษะจำเป็นตามที่ได้กล่าวข้างต้น ขณะเดียวกันต้องคอยติดตามเยี่ยมประเมินผลการดูแล พร้อมให้การสนับสนุนญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพสืบไป



เอกสารอ้างอิง

1. Ferri, CP., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet. 2005;366:2112-7.
2. Alzheimer's Society. Fix Dementia Care: Hospitals[Internet].2016 [cited 2017 March 28]. Available from <http://www.alzheimers.org.uk/fixdementiacare>
3. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553.
4. วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. สุวิทย์ เจริญศักดิ์.อาการทางจิตเวชในภาวะสมองเสื่อมที่พบ Lewy bodies และโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(3):259-70.
6. Kalaria, RN., Maestre, GE., Arizaga, R., Friedland, RP., Galasko, D., Hall, K., et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. Lancet Neurology. 2008;7:812-26.
7. กานดา วรคุณพิเศษและ ศิริพันธ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเกื้อการุณย์. 2558;22(1):82-97.
8. Alzheimer's Disease International.Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. 2014 [cited 2017 April 7]. Available from <http://www.Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>
9. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. พญาวินทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. 2560.
10. Ross, GW., Bowen, JD. The diagnosis and differential diagnosis of dementia. Med Clin North Am. 2002;86(3):455-76.
11. ศรีณย์ นันทอารี. (2554). การเดินผิดปกติในผู้สูงอายุ และภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=887>



12. Ross, WP., Leonel, TT., and Michael, DG. Diagnosis and treatment of rapidly progressive dementias. *Neurol Clin Pract.* 2012;2(3):187–200.
13. Reisberg, B., Ferris, SH., Deleon, MJ., and Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry.* 1982; 139(9):1136-9.
14. Ross, C., Beattie, E., 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. 2015.
15. Goren, A., William, M., Kristin, KW., Tomomi, N., and Kaname U.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.* 2016;16(10 June 2016):122.
16. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด. 2551.
17. Hogan, DB., Bailey, P., Black S. Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *CMAJ.* 2008;179:787-93.
18. นิตยา น้อยสีภูมิ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2557;26(2): 99-110.
19. Betty, JA., Gail, BL., Mary, BF. *Nursing Diagnosis Handbook.tenth edition [E-book].* 2014[cited 2017 March 24]. Available from <http://evolve.elsevier.com>
20. ปิติพร สิริทิพากร.บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล.* 2557;63(4):12-9.
21. นิตยา น้อยสีภูมิ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2557;26(2): 99-110 .



22. รัชณี นามจันทร์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มจร.วิชาการ. 2553; 14(27):137-50.
23. Aguirre, E., Woods, RT., Spector, A., Orell, M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. Ageing ResRev. 2013;12(1):253-62.
24. Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S., et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. Journal of Medical Association of Thailand. 2010;93(5):601-7.
25. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560; 23(4): 680-689.
26. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, และอาทิตยา สุวรรณ.ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. 2559;9(2):145-58.
27. บรรลุ ศิริพานิช.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2559.
28. ชัชวาล วงศ์สารี.สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย:ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์. ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 2561; 12(1):48-58.