

“ผู้ป่วยที่มองไม่เห็น” ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

“Hidden Patients” Family Caregivers of Elderly People with Dementia

ชยุตตรา สุทธิลักษณ์* อัจฉรา อุไรเลิศ เนตรดาว ชัชวาลย์ ศุภรินยา เทพนิมิตร
Chayuttra Sutthilak* Archara Urailert Natedao Chutchawan Suparanya Tapnimit
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงทุกวัน จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน รวมทั้งญาติผู้ดูแลอาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทางจิตด้วย ดังนั้นการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยองค์รวมและครอบคลุมทุกมิติ เมื่อญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของญาติผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างดีที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความพร้อมในการดูแล ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Caring for the elderly people with dementia at home is a burden for family caregivers. The family caregivers have to face the progression of disease that become deteriorated in every day. When the elderly people with dementia are unable to perform daily activities and become more dependent, This situation causes difficulty in taking care of, especially family caregivers who do not have enough knowledge and have never been trained in caring. Moreover, family caregivers may have a physical illness that affects mental health. Therefore, the preparation for the family caregivers to take care of the elderly people with dementia and the caring for the family caregivers need to be provided based on holistic and individual care. When family caregivers are in good health. It will improve the quality of care for the elderly with dementia. This is an essential for the family caregivers who need to provide the best care to the elderly people with dementia in order to maintain good health and quality of life for both.

Keywords: preparation for caring, family caregivers, elderly people with dementia

*Corresponding Author : E-mail : chayuttra_s@rtanc.ac.th

วันที่รับ (received) 22 พ.ย. 61 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ม.ค. 62 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ม.ค. 62

บทนำ

สถานการณ์โครงสร้างประชากรของประเทศไทย รายงานประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งประเทศ¹ ซึ่งมีจำนวน และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง และคาดว่าในปี 2564 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ แม้ในปัจจุบันความก้าวหน้าทาง เทคโนโลยีบริการทางการแพทย์ และความใส่ใจในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ร่างกายนั้นก็ยังมีความเสี่ยงตามวัย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง² จากข้อมูลกรมสุขภาพจิตปี 2561 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในวัยสูงอายุมากกว่า 800,000 คน คาดว่าจำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.1 ล้านคน ในปี 2573 และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนของผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบ ประสาท โดยมีอาการความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการ รู้คิด ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ⁴ อาจพูดจาซ้ำๆ มีพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว ภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นำไปสู่การบกพร่องใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง เกิดการพึ่งพาในระยะยาว⁵ ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ภาวะสมองเสื่อมจึงส่ง ผลกระทบทั้งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ไปจนถึงครอบครัว และประเทศชาติ

ภาวะสมองเสื่อมจึงถือเป็น "โรคครอบครัว" ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนับว่ามีความท้าทาย⁴ และเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว ความต้องการผู้ดูแล เริ่มต้นนับตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะกลายเป็นบุคคลสำคัญ ที่ทำบทบาทผู้ดูแล⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาระ หนักมาก⁵ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้รับการฝึก อบรมมาก่อน⁶ จะมีความยากลำบากในการดูแล ต้องใช้ความ พยายามและความอดทนในระดับสูง เพราะผู้ดูแลต้องเผชิญกับ โรคที่ทรุดลงทุกวัน ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องในการดูแล ตนเองจากการสูญเสียการทำงานของสมองหลายๆ ด้านพร้อม กันอย่างซ้ำๆ แต่ถาวร และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม บุคลิกภาพ และอาการทางจิตประสาทที่เกิดขึ้นตลอด

ระยะเวลาการดำเนินโรค⁷ ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลและ จัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าทุกวัน⁸ เพื่อป้องกันการเกิดความ เสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม กระตุกชัก การฆ่าตัวตาย เป็นต้น^{9,10} ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแล จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความ เจ็บป่วย โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องนี้¹¹

ผลกระทบต่อญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมจึงเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากภาวะสมอง เสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีความก้าวหน้าของโรค รุนแรงขึ้นตลอดเวลา จนในระยะท้ายผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิง นับเป็นภาระหนักทั้งร่างกายและ จิตใจของญาติผู้ดูแล¹² ทำให้เกิดผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมในหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย มีผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลประสบปัญหาสุขภาพหลังจากการเป็น ผู้ดูแล และอาจไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดหมาย เนื่องจากต้อง ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹² ผลกระทบด้านจิตใจและ อารมณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น

มากที่สุดกับญาติผู้ดูแล พบว่า การให้การดูแลผู้สูง อายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ระดับสูง เนื่องจากต้องให้การดูแลตลอดทั้งวัน⁸ และเมื่อผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมมีการเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรม และ อาการทางจิต ซึ่งสามารถบ่งชี้ผลกระทบที่สำคัญต่อภาวะ สุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 60 เกิดความวิตก กังวล หรือภาวะซึมเศร้า¹² โดยพบว่าความเครียดของญาติ ผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งความรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ทำให้ เกิดความเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม¹³ ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อญาติผู้ดูแล เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานหรืออาจเปลี่ยน จากการทำงานเต็มเวลาไปทำงานบางเวลาซึ่งอาจส่งผลทำให้มี รายได้ลดลง ในบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุด อาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้¹² จากโครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ปี 2552 พบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาภาวะสมองเสื่อมเกิดจากค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็น ญาติ และค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Direct non-medical care costs) รอง

ลงมาเป็นค่ายาในการรักษา ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการทำกิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้ 3 ระดับ จากการกำหนดของ The Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) vignettes for dementia ดังนี้^{14,15}

1) ระดับไม่รุนแรง (Mild dementia) ระยะนี้มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย แต่ญาติเริ่มสังเกตเห็นถึงความผิดปกติของผู้ป่วย จะเริ่มมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ไม่สามารถพูดชื่อสิ่งของวัตถุที่คุ้นเคยได้ จนถึงมีความยากลำบากในการมีสมาธิ การคิดที่ยืดหยุ่น การวางแผน และการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสับสน วิดกกังวล และซึมเศร้า และอาจมีความรู้สึกโกรธเมื่อถูกผู้อื่นชี้ให้เห็นข้อผิดพลาด

2) ระดับปานกลาง (Moderate dementia) ระยะนี้สูญเสียความทรงจำมากขึ้น จำได้เพียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต แต่จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ หรือลืมอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบวัน เวลา ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ที่ไหน ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน มีปัญหาในการใช้คำที่ถูกต้องเหมาะสม และใช้คำผิด การตัดสินใจแย่งลง ในช่วงท้ายของระยะนี้อาจจะได้ยินเสียงหรือเห็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน และพัฒนาให้มีความเชื่อผิดๆ เช่น มีเด็กเข้ามาขโมยสิ่งของในบ้าน เป็นต้น และมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวล เศร้า สับสน และกลายเป็นคนก้าวร้าวได้

3) ระดับรุนแรง (Severe dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวได้ มีความยากลำบากในการใช้คำพูดหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความกระตือรือร้นและไม่ปฏิบัติเลย แต่ในบางครั้งมีอาการกระวนกระวาย และมีความก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและทางร่างกาย ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวทางร่างกายได้ อาจสูญเสียความสามารถในการเดิน การรับประทานอาหารด้วยตนเอง มีความยากลำบากในการกลืน และมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมสมาคมอัลไซเมอร์^{9,12} แบ่งระยะของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็น 7 ระยะตามการสูญเสียความจำ (Memory loss) และความ

สามารถในการทำกิจกรรม (Functional loss) ดังนี้

ระยะที่ 1 (Very Early) ไม่มีปัญหาด้านความจำ และยังไม่พบความผิดปกติใดๆ สามารถทำงานได้ปกติผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ระยะที่ 2 (Early) ความจำลดลงเล็กน้อย (Very mild decline) เริ่มมีอาการหลงลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน ชื่อ ตำแหน่ง สิ่งของต่างๆ และผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าความสามารถในการจำลดลง แต่ไม่เป็นที่สังเกตสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำหรือการประเมินจากแพทย์ แต่ยังไม่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระยะที่ 3 (Mid Up to 7 years) ความสามารถในการรู้คิดลดลงเล็กน้อย (Mild cognitive decline) จำชื่อคนหรือสถานที่ใหม่ไม่ได้ มีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนลดลง เริ่มเป็นที่สังเกตสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ผู้ป่วยอาจต้องการได้รับการปรึกษาหรือการบำบัด ผู้ดูแลอาจช่วยเหลือในการทำงานบางส่วน เพื่อสนับสนุนผู้ป่วย

ระยะที่ 4 (Mid Up to 2 years) ความสามารถในการรู้คิดลดลงปานกลาง (Moderate cognitive decline) อาจได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะนี้ ลืมประวัติส่วนตัว การรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบันลดลง และมีความยากในการทำกิจกรรม เช่น การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการการเงิน การใช้จ่าย เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย กระทำบางอย่างที่ไม่สมเหตุผล การตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น รวมถึงการพาไปพบแพทย์ตามนัด การขนส่ง การเดินทาง การซื้อของ การจ่ายเงินค่าอาหารและการสั่งอาหารของผู้ป่วย

ระยะที่ 5 (Mid Up to 1.5 years) ความสามารถในการรู้คิด (Moderate severe decline) การตัดสินใจ และการใช้ภาษาลดลงมากสับสนวัน เวลา สถานที่ จำบุคคลในครอบครัวไม่ได้ แต่อาจยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ปัสสาวะ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือในการแต่งกายที่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ บางครั้งไม่สามารถจำบ้านของตนเองได้ ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลเกือบเต็มเวลาหรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่สามารถอาศัยอยู่คนเดียวได้ และต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงอย่างเดียว เช่น การแต่งกาย การเตรียมอาหาร และการเงินทั้งหมด

ระยะที่ 6 (Late Up to 2.5 years) ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างมาก (Severe decline) จำเหตุการณ์ในอดีตหรือที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ และสูญเสียการรู้คิด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการนอนหลับ เดินไปมาไร้จุดหมาย และหลงทางผู้ป่วยต้องการการดูแลเต็มเวลาและช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการดูแลส่วนบุคคลสุขอนามัยและห้องน้ำทั้งหมด ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับ และอาจเดินออกไป

ระยะที่ 7 (Late 1-3 years) ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรงมาก (Very severe decline) ระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จะค่อยๆสูญเสียการพูด จนไม่สามารถพูดได้ อาจมีการสูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถนั่งหรือตั้งศีรษะได้เอง มีปัญหาข้อติด และปัญหาการกลืน ผู้ป่วยต้องการการดูแลเต็มเวลา ความเอาใจใส่ และการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารได้ หรือควบคุมการเคลื่อนไหว การทำงานของร่างกายได้ ผู้ป่วยอาจไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมใดๆ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามลักษณะทางคลินิก

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เรื้อรังรักษาไม่หาย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงถือว่าเป็นงานที่หนัก โดยผู้ดูแลจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ดังนั้นการมีความเข้าใจ มีความรู้หรือแนวทางในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยลดภาวะเครียดหรือปัญหาต่างๆ ได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านทักษะการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะค่อยๆสูญเสียทักษะการสื่อสาร เนื่องจากการตายของเซลล์สมองเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ และการคิดอย่างชัดเจน ทำให้ลืมสับสนได้ง่าย และสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาพูด (Aphasia) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพยายามหาคำพูดต่างๆ หรือสิ่งที่ต้องการจะพูด ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการได้ ญาติผู้ดูแลควรทำความเข้าใจถึงภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เรียกชื่อและสบตาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดความสนใจ ระวังในการใช้โทนเสียง ความดังของเสียง และการใช้ภาษากาย เช่น ถ้าผู้ดูแลยื่นกอดอก อาจจะสื่อได้ว่ากำลังเครียดหรือโกรธอยู่ ควรให้กำลังใจ

สัมผัสอย่างอ่อนโยนขณะที่สนทนาทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกดีขึ้น และใช้หลักการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ใช้คำพูดที่เรียบง่าย แนะนำขั้นตอนแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด มีการทวนคำแนะนำ ให้เวลามากขึ้นในการปฏิบัติ พยายามไม่รีบร้อน ไม่พูดถึงบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ไม่ใช่เสียง คำพูดแบบเด็ก อาจแนะนำให้ลองปฏิบัติตามวิธีนี้แทนการชี้ให้เห็นถึงความผิดพลาด หรือกล่าวโทษ และกล่าวขอบคุณ ชมเชยเสมอ เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดี แสดงความรู้สึกได้แก่ แสดงความรัก ความอบอุ่นอย่างจริงใจ สัมผัสมือของผู้สูงอายุในขณะที่พูดคุย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสื่อสารได้มากขึ้น พยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุ แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ยาก ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความโกรธ ให้คิดว่าว่าอาการเหล่านี้เกิดจากอาการป่วย และเมื่อผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง ไม่มีกำลังใจ ควรใช้เวลาสำหรับตัวเอง

2) การเปลี่ยนแปลงในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ภาวะสมองเสื่อมมีการตายของเซลล์สมอง ทำให้สมองทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้แก่ อารมณ์เสีย วิตกกังวล โกรธง่าย หดหู่ ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบข้าง มีการนำสิ่งของไปซ่อน หรือเชื่อว่าผู้อื่นนำสิ่งของไปซ่อน จินตนาการถึงสิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง เดินออกจากบ้าน เดินไปเดินมา แสดงพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ ติผู้ดูแลหรือคนอื่นๆ เข้าใจผิดในสิ่งที่เห็นหรือได้ยิน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเริ่มไม่ดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ และสวมใส่เสื้อผ้าตัวเดิมทุกวัน และพบว่า มีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ มีการเจ็บป่วยหรือเจ็บปวด ได้รับประทานยาตัวใหม่ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีการติดเชื้อ ท้องผูก หิว หรือกระหาย การมองเห็นหรือการได้ยินบกพร่อง มีอาการขาดแอลกอฮอล์ หรือได้รับคาเฟอีนมากเกินไป เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมได้แก่ อยู่ในสถานที่ที่ไม่รู้จัก ไม่คุ้นเคย และมีเสียงดังมากเกินไป เช่น เสียงโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงคนคุยกัน ซึ่งเสียงรบกวนเหล่านี้สามารถทำให้เกิดความสับสนหรือความไม่พึงพอใจได้ เกิดการเข้าใจผิดถึงความหมายของป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ สัญลักษณ์บางอย่างอาจทำให้เกิดความสับสน เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเห็นป้ายที่มีรูปภาพและเขียนว่าพื้นเปียก อาจเข้าใจผิดคิดว่าสามารถปัสสาวะลงบนพื้นได้ เป็นต้น หรือบางครั้งส่องกระจกแต่คิดว่าบุคคลในกระจกคือผู้อื่น ไม่ใช่ตนเอง ดังนั้นวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการเปลี่ยนแปลงในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ควรให้การดูแลได้ดังนี้

ปัญหาด้านการนอน (Sleep problems) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะนอนหลับมากในเวลากลางวัน ไม่ยอมนอนเวลากลางคืน (Sundowning) เดินไปเดินมา กระวนกระวาย จึงควรให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายในแต่ละวัน หรือทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากในช่วงต้นของวัน เช่น การอาบน้ำในตอนเช้า เป็นต้น จำกัดเวลาในการนอนกลางวัน จัดสถานที่ให้เงียบสงบในช่วงเวลาเย็น เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน อาจเปิดเพลงสบายๆ ให้ฟัง และพยายามให้ผู้สูงอายุเข้านอนตอนกลางคืนในเวลาเดียวกันทุกครั้ง งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน

ปัญหาด้านการเห็นภาพหลอนและหลงผิด (Hallucinations and Delusions) ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการหลงผิดหรือเห็นภาพหลอน บอกถึงอาการเจ็บป่วยและยาที่ได้รับประทาน เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือยาที่ได้รับประทาน อาจทำให้เกิดภาพหลอนหรือหลงผิดได้ พยายามไม่โต้แย้งในสิ่งที่ผู้สูงอายุเห็นหรือได้ยิน ควรปลอบใจ หากรู้สึกกลัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจ โดยพาออกไปเดินเล่นข้างนอก ปิดทีวีเมื่อมีรายการที่รุนแรง เพราะผู้สูงอายุอาจคิดว่าเหตุการณ์นี้กำลังเกิดขึ้น และดูแลความปลอดภัย ไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิ่งอุปกรณ์ ของมีคมที่นำมาใช้ในการทำร้ายผู้อื่นหรือตนเองได้

ปัญหาการมีอาการหวาดระแวง (paranoid) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการหวาดระแวงมักจะเชื่อมโยงกับการสูญเสียความจำ และอาการจะแย่ลงเมื่อมีการสูญเสียความจำมากขึ้น ผู้สูงอายุอาจมีความหวาดระแวงเมื่อสัมผัสสิ่งต่างๆ เช่น เมื่อสัมผัสสิ่งของ ก็อาจจะหวาดระแวงว่ามีบุคคลหยิบสิ่งของนั้นไป หรือจำผู้ดูแลไม่ได้ คิดว่าผู้ดูแลคือคนแปลกหน้า ไม่ไว้ใจ จึงไม่หวังที่จะได้ตอบเมื่อผู้สูงอายุกล่าวโทษ ไม่ได้เลี้ยงดูผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย สัมผัสเบาๆ หรือกอดเพื่อแสดงถึงความห่วงใย อธิบายให้บุคคลอื่นๆ เข้าใจถึงอาการหวาดระแวงว่ามีผลมาจากภาวะสมองเสื่อม เบี่ยงเบนความสนใจด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับภาพถ่ายหรือของที่ระลึก เป็นต้น

ปัญหาการมีอาการวุ่นวายและก้าวร้าว (Agitation and aggression) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะมีอาการกระสับกระส่าย กังวล เดินไปมา นอนไม่หลับ ก้าวร้าวต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและการกระทำ อาจทำร้าย ทบตี เกิดการบาดเจ็บได้ ซึ่งมีแนวทางการจัดการ ดังนี้ มองหาสัญญาณเริ่มต้นของอาการวุ่นวายหรือก้าวร้าว แล้วจัดการกับสาเหตุก่อนที่ปัญหาพฤติกรรมจะเกิดขึ้น พยายามเบี่ยงเบนความสนใจด้วยสิ่งของ

หรือกิจกรรมที่ชอบ ให้ความมั่นใจ พูดอย่างใจเย็น รับฟังความวิตกกังวล ความผิดหวังของผู้สูงอายุ และเข้าใจถึงความรู้สึกโกรธหรือกลัว ลดเสียงรบกวน สัมผัสอย่างอ่อนโยน เปิดเพลงสบายๆ อ่านหนังสือ หรือเดินเล่น และจำกัดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน น้ำตาล นอกจากนี้ผู้ดูแลควรป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวจากพฤติกรรมก้าวร้าวโดยอยู่ในที่ปลอดภัยจนกว่าพฤติกรรมจะหยุด ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุทำร้ายตนเองเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้ยาเพื่อลดอาการวุ่นวายและก้าวร้าว

ปัญหาการหลงทาง (Wandering) ควรติดป้าย สิ่งที่แสดงตัวตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจสวมใส่อุปกรณ์ที่ติดตั้ง GPS เพื่อช่วยในการติดตามผู้สูงอายุในสถานที่ต่างๆ หรือลือคประตูป้านให้แน่นหนา ติดตั้งระบบสัญญาณให้ทราบเมื่อประตูป้านถูกเปิดออก

3) การเปลี่ยนแปลงในความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ทางเพศ ภาวะของสมองเสื่อมนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความใกล้ชิดและความต้องการทางเพศทั้งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล คู่สมรสหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจสูญเสียความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้รู้สึกเหงาหรือผิดหวัง ให้ทำกิจกรรมทำร่วมกัน หรือแสดงความรักด้วยวิธีการอื่น เช่น การพิกันหรือการจับมือ พบว่าช่วยลดความรู้สึกของความต้องการทางเพศได้ หรือให้ทำกิจกรรมอื่น เช่น การนวด หรือเดินรำ เป็นต้น

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความก้าวหน้าของโรค อาการและอาการแสดงแตกต่างกัน ซึ่งภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเสื่อมของสมอง และมีปัญหาพฤติกรรมที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของญาติผู้ดูแล¹⁶ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

การดูแลสุขภาพของครอบครัว 4 มิติ เป็นการดูแลสุขภาพที่ได้ผลดีที่สุดในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในขณะทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงควรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของครอบครัวของตนเองให้ครอบคลุมทุกด้านโดยองค์ประกอบของสุขภาพของครอบครัว มี 4 มิติ ดังนี้^{8,9}

1) มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลควรดูแลตนเอง ดังนี้ ด้านอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ ปริมาณเหมาะสม มีความหลากหลาย และตามฤดูกาล ด้านการพักผ่อน ญาติผู้ดูแลควรจัดเวลาและกิจกรรม เพื่อผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้สูงอายุก็ได้ เช่น ดูโทรทัศน์ ทำงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ หรืออาจให้บุคคลอื่นมาสับเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอื่นๆ เป็นต้น ในด้านการออกกำลังกาย ปฏิบัติได้หลายวิธี โดยเลือกวิธีออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย ความพร้อมของสถานที่ เวลา กลุ่มเพื่อน และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็วหรือวิ่งบนลู่วิ่ง ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิค เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีร่างกายแข็งแรง สดชื่น ลดความตึงเครียด เมื่ออยู่ลำ รวบรวมไปถึงสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย โดยมีปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพ

2) มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ดังคำกล่าวที่ว่า ถ้าสุขภาพใจดี สุขภาพกายก็จะไปด้วย เพราะทั้งสองมิติทำงานสัมพันธ์กัน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักและส่งผลทางอารมณ์ เช่น รู้สึกท้อแท้ เศร้า เหนง ผิดหวัง สับสน หรือโกรธ ความรู้สึกเหล่านี้ถือว่าเป็นเรื่องปกติ หากญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์เหล่านี้ได้ หรือมีแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทางบวก ก็ช่วยทำให้จิตใจเป็นสุข เช่น คิดว่าการดูแลเป็นการตอบแทนผู้มีพระคุณ เป็นการทำความดี ทำบุญที่ยิ่งใหญ่ มองเห็นผลดีจากการดูแลที่ช่วยทำให้ผู้ดูแลลดความเห็นแก่ตัว ได้ทำความดี เป็นการแสดงความรัก ความซื่อสัตย์ เป็นต้น

3) มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง เช่น มีการตั้งกลุ่มหรือชมรมจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือดูแลเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน นับเป็นรูปแบบที่สามารถทำได้ เพราะในปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น

4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตที่บุคคลยึดมั่น และให้ความเคารพ ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่น ศรัทธา ทำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ดี ถูกต้องเหมาะสมด้วยความมีเมตตากรุณา เสียสละ มีความรับผิดชอบ และมีความยินดีเมื่อบุคคลอื่นประสบความสำเร็จ ทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำความดี เกิดความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending) ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวได้ดีในฐานะผู้ดูแล รู้จักตัวเองและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รู้สึกได้รับการยอมรับ มีคุณค่า สามารถหาความสมดุลและความสงบสุขได้ และทำให้มีความเข้าใจเมื่อรู้สึกหมดหนทางสิ้นหวัง มีความสูญเสีย และความโศกเศร้า เพราะยึดมั่นในความเชื่อที่มีต่อหลักปฏิบัติทางศาสนา จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

มิติสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ถือเป็นสภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การมีสภาวะทางจิตดี ก็จะทำให้มีสภาวะทางกายดีเช่นกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิต และสังคมของบุคคล และชุมชนให้ประสานกันเป็นอันหนึ่งอันเดียว พบความสุขที่แท้จริง ความสมบูรณ์ในตนเอง และสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความก้าวหน้าของโรค อาการและอาการแสดงแตกต่างกัน มีประสบการณ์ ภูมิหลังของผู้สูงอายุและครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเสื่อมของสมอง และมีปัญหาพฤติกรรมที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของผู้ดูแล จนอาจทำให้ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ป่วยที่มองไม่เห็น ดังนั้นนอกจากจะให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2016. Nakhon Pathom: Printery limited; 2016. (in Thai)
2. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. 4th ed. Bangkok: Union creation limited; 2013. (in Thai)
3. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement.* 2018;14(3):1-86.
4. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2014;15(3):235-245.
5. White CL, Overbaugh KJ, Pickering CEZ, Piernik-Yoder B, James D, Patel DI, et al. Advancing Care for Family Caregivers of persons with dementia through caregiver and community partnerships. *Research Involvement and Engagement.* 2018;4(1):1-7.
6. Isaacson R. A Comprehensive Approach to Managing Dementia Patients: Considering the Caregivers. *Practical Neurology.* 2012:15-17.
7. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y, et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics.* 2016;28:221-231.
8. The National Institute on Aging. Alzheimer's Disease FACT SHEET. NIH Publication No.15-6423. 2015:1-8.
9. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia.* 2012; 8(2):131-168.
10. Kearney FC, Harwood RH, Gladman JR, Lincoln N, Masud T. The Relationship between Executive Function and falls and gait abnormalities in older adults: A systematic review. *Dementia Geriatric Cognitive Disorder.* 2013;36(1-2):20-35.
11. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2009;11(2):217-28.
12. Koskie B, Akers W. The State of Caregiving for Alzheimer's and Related Dementia 2018. *Healthlines.* 2018:1-21.
13. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kim SY, Kang IO, Lee SY. Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. *Gerontology.* 2009; 55(1):106-13.
14. Alzheimer's Association. (2015). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2015;11(3):1-83.
15. Department of Thai traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health. The Dementia guide for Hospital Health Promoting Hospital. Bangkok: Beyond Publishing; 2011. (in Thai)