

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

วิษณุ จันทร์สถ พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ถดถอยบกพร่องของสมอง ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกข์ทรมาน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอความรู้และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลในชุมชน เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ดังนั้นความรู้และวิธีการดูแลที่ถูกต้อง จึงเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับพยาบาลในชุมชนที่จะให้การดูแลทั้งระยะก่อนการวินิจฉัยโรค ระยะรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และระยะท้ายของชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิตในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, พยาบาลชุมชน

* อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ ประสงค์

Nursing care for Elderly to Prevent of Dementia within Community

Witsanu Chansod M.N.S^{*}

Abstract

Dementia among elderly is a regressive of brain. It impacts on elderly and caregivers due to long term suffering. This article aims to provide knowledge and cares' strategies for the community nurses to prevent elderly's dementia within Thai community. Regards to registered nurses who work in community are broadly related to community, elderly, and caregivers. Knowledge and nursing strategies therefore are needed for entire care of the elderly in pre-diagnosis, diagnosis, and the end of their life with dementia. These facilitate to reduce complication and extend their quality lives in the future

Keywords: elderly, dementia, community nurses

^{*} Nursing instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

Corresponding Email: nu_chansod@hotmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมอง ถดถอยบกพร่องในด้านปรีชาปัญญา (Cognition) อันได้แก่ความจำการตัดสินใจ การวางแผน Visuospatial function การใช้ภาษาสมาธิหรือความใส่ใจความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัวโดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม ทั้งนี้การวินิจฉัย Dementia ต้องแยกออกจากภาวะ เพ้อ (Delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรังหรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย¹ ในประชากรสูงอายุ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อมมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความชุกจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในทุกๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี²⁻³ จากการศึกษาของ Miller⁴ อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ ร้อย 7.10 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 32.50 สำหรับประเทศไทย กลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.6⁵ นี้แสดงว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย

เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะถดถอยของสมอง ซึ่งจะพบมีการบกพร่องทั้งด้านเชาว์ปัญญา (Cognition) ด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสังคม สำหรับผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะพบได้ว่ามีผลกระทบต่อระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ภาษาการคำนวณ ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจและส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน¹ ซึ่งการถดถอยนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ แล้วทำให้เกิดอารมณ์โรคซึมเศร้า⁶ บางรายอาจมีภาพหลอน⁷ ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแล จะพบว่า ผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านระดับเชาว์ปัญญา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นลูกหลานของผู้สูงอายุ และด้วยวัฒนธรรมของสังคมที่ลูกหลานต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ผู้มีพระคุณ ผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานจึงต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้มีการสะสมความเครียดในผู้ดูแลได้⁸ ทั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเผชิญกับความสูญเสียสถานภาพ

ทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเนื่องจากไม่สามารถคิดวางแผนและจัดระบบคิดและระบบการทำงาน⁹

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลในชุมชนจึงมีบทบาทที่สำคัญในฐานะบุคคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสการเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปสาเหตุและปัจจัยได้ดังนี้

1) จากเนื้อสมองโดยตรง ซึ่งอาจมีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegenerative) เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น หรือสมองได้รับผลกระทบจากการได้รับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยารักษาโรคจิต ยาด้านความเครียดกลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic) หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น¹⁰

2) จากบุคคล โดยภาวะสมองเสื่อมจะพบในอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ⁴⁻⁵ บางครั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพเช่น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น¹¹ หรือภาวะเบาหวานในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 2 เท่า^{7,12} เป็นต้น

3) พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลง ทำให้มีความเสี่ยงจะเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น¹³⁻¹⁴ หรือการสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า^{7,12} หรือภาวะอ้วน ด้วยดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

จากสาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลในชุมชนต้องสามารถประเมิน ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามบทบาทหน้าที่ เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตต่อไป

ลักษณะและการประเมินภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จาก

ระดับปกติที่เคยเป็นอยู่และค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ¹⁵
ซึ่งอาการภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ¹⁶

1) ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องซึ่งสามารถเห็นได้ชัดในความจำระยะสั้นที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้วทำให้ผู้ป่วยต้องถามซ้ำ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถสังเกตได้ถึงความปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกของโรค มักใช้คำไม่ถูกต้อง อาจจะใช้วิธีอธิบายแทนที่จะเรียกชื่อออกไปเช่นเรียกทีวี ว่าตู้ฉายหนัง ผู้ป่วยจะสับสนทิศทางซ้ายขวา ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ตามปกติ แต่กิจกรรมที่สลับซับซ้อน (Instrumental activities of daily living- IADL) เริ่มมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความผิดปกติของตน อาจทำให้แยกตัวออกจากผู้อื่นได้

2) ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (2-10 ปี) ในช่วงนี้ความจำจะลดลง ความจำในเรื่องอดีตที่ผ่านมาจะค่อยเสียลงไป การพูดจะมีความลำบากขึ้น พูดซ้ำๆในเรื่องเดิม การดูแลตนเองจะบกพร่องโดยเฉพาะสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น ลืมทำการแปรงฟันก่อนนอนอย่างอื่นแล้วจะค่อยไปถึงการตัดเล็บ สระผม และเลื้อยผ้า การทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) จะมีปัญหามากขึ้น ผู้ป่วยอาจจะเห็นภาพหลอนหรือหูแว่วได้

3) ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (3-12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่ได้เคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็งต้องให้การดูแลสุขภาพทุกอย่าง พูดซ้ำๆ ตามที่ได้ยินคนอื่นพูด ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวมเนื่องจากการสำลักอาหารและน้ำหรือเป็นแผลกดทับ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะประมาณ 2-20 ปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8-10 ปี

สำหรับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุ¹ จะแสดงออกขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น เช่น ความผิดปกติของการสื่อสารชนิดการพูด (Aphasia) การสูญเสียความถนัดในการทำกิจกรรม (Apraxia) และความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกชนิด Agnosia และนอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหลายแห่ง (Multi-infarct dementia- MID) จะมีอาการเดินลำบาก (Gait disturbance) และอาการควบคุมปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรม อาการแสดงทางระบบควบคุมการตั้งตัว

ของกล้ามเนื้อชนิด Extrapyrmidal system เช่น Rigidity และอาการสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Facial masking) ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย สำหรับการบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive impairment) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองขั้นสูงในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการคิดหรือกิจกรรมทางเขาวัว และด้านปัญญา ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ภาวะนี้ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดแต่เกิดขึ้นภายหลังจากพยาธิสภาพในสมองของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

การประเมินภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุ¹⁷ จะประกอบด้วยการซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกายทั่วไป การซักประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยการพูดคุยกับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เป็นการเก็บข้อมูล รวบรวมความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แนวทางในการซักประวัติ¹⁷

หัวข้อประวัติที่ต้องซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
1. การรับรู้ว่ามีอาการหรือการรู้คิดผิดปกติ (Memory and / or cognitive impairment)	-ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดีหรือจำได้ไม่ตรงกับ Depressive symptoms
2. อาการวุ่นวายสับสน (Mental confusion)	-ถ้ามีอาการ fluctuation เป็นกลุ่มภาวะสมองเสื่อม เช่น encephalopathy หรืออาจเกิดร่วมกับบุคคลที่มีสมองเสื่อมอยู่เดิม
3. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (Onset)	-ถ้าเป็นทันทีหรือเร็วให้นึกถึง subdural hematoma, CNS, Infection, Hydrocephalus
4. ลักษณะการดำเนินโรค (Course)	-การดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) ให้นึกถึง potential reversible dementia -ถ้าการดำเนินโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไป (เดือนหรือปี) นึกถึง Neurodegenerative disease

หัวข้อประวัติที่ต้องซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
5.ระยะเวลาที่ผิดปกติ (Duration)	-กลุ่ม Potentially reversible dementia ระยะเวลาที่เป็นโรคมักจะไม่เกิน 6 เดือน -กลุ่ม Neurodegeneration disease ส่วนมากระยะเวลาที่เป็นมักนานกว่า 6 เดือน
6. ความผิดปกติของ ADL 6.1 หน้าที่และงานประจำ (Instrumental)	การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการทำงานประกอบอาชีพหรือปฏิบัติการกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจับจ่ายซื้อของ, การทำอาหาร
6.2 กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic)	การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายจะเสีย ในระยะท้ายๆ ของโรค
7. ประวัติการใช้ยา (Drugs) และสาร (Substances) อื่นๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ Dementia ได้ ซึ่งเป็น Potentially reversible type เช่น Tranquilizers, Hypnotics, Sedatives, Anticholinergic, Antihistamine รวมทั้ง Toxic substance เช่น Alcohol เป็นต้น
8. ประวัติในครอบครัว	ผู้สูงอายุมักเริ่มมีอาการสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Early onset Alzheimer's disease)

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือด เช่น CBC, Electrolyte, freeT4, TSH, Serum VDRL, Serum vitamin B12, folate เป็นต้น หรือตรวจพิเศษ เช่น LP and CSF examination และ CT scan เป็นต้น จะทำให้ทราบถึงภาวะขาดวิตามิน การติดเชื้อ และปัญหาอื่นที่ทำให้เกิดอาการสับสนหรือการรับรู้ผิดปกติในผู้สูงอายุ อาจต้องตรวจหาแอลกอฮอล์ หรือสารอื่นที่มีผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม

3. การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม สิรินทร ฉันทศิริกาญจน¹⁰ ได้เสนอแนะลักษณะของภาวะสมองเสื่อมไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) การสูญเสีย Cognitive function (สมรรถภาพสมอง) ซึ่งไม่เป็นมาแต่กำเนิด 2) มีการสูญเสียสมรรถภาพของสมองหลายด้าน และ 3) ผู้ป่วยจะต้องรู้ตัวดี (No impair of arousal) นอกจากนี้ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์¹⁷ ได้แนะนำให้ใช้แบบประเมินเบื้องต้น เช่น แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการคิด/สติปัญญา (Cognitive impairment) หรือ แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Activity of Daily Living Index, ADL Index) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹

1. การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุคงสมรรถภาพสมองไว้ให้นานที่สุด ผ่านการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันด้วยเทคนิคแบบต่างๆ เช่น การฟื้นฟูความจำในอดีต การให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจและมีความสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ การจัดการความปลอดภัย ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เน้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และบุคคลากรสุขภาพควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป และยังต้องมีการภูมิคุ้มกันต่างๆ อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็นและสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล

2. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological management) ยาที่ใช้ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้หรือทำให้สมอง กลับมาทำงานเป็นปกติได้ ยาที่ใช้อยู่เป็นเพียงเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้นานที่สุด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมี ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการใช้ยา ยากลุ่มเหล่านี้ไม่สามารถนำมาใช้เพื่อการป้องกันได้ ผู้ใช้ต้อง คำนึงถึงผลข้างเคียงของยา

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นบทบาทหนึ่งที่ทำนายพยาบาลในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุอาจแสดงภาวะสมองเสื่อม ไม่ว่าจะเป็น อารมณ์หงุดหงิด ซักถามเรื่องซ้ำ การหลงลืม หรือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลในชุมชนควรให้การพยาบาลโดยการประยุกต์ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนการวินิจฉัยโรค พยาบาลในชุมชนสามารถที่จะให้การประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันโรค และลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่¹⁹ พยาบาลในชุมชนควรมีการซักประวัติผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความคิดความจำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สูบบุหรี่ เป็นต้น พร้อมการสังเกตอาการบกร่องด้านการรู้คิดสติปัญญา ความจำ การใช้ภาษา การวางแผนและการตัดสินใจ โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เช่น MSET และ ADL Index เป็นต้น

นอกจากการการประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของพยาบาลในชุมชนแล้ว พยาบาลในชุมชนยังสามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากนวัตกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมภายในบ้านร่วมกัน การใช้เกมฝึกสมอง หรือใช้แอปพลิเคชัน เพื่อป้องกันสมองเสื่อม²⁰⁻²¹

2. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้พยาบาลในชุมชนสามารถดูแลและให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ใหกระดับอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ด้วยการให้ข้อมูล และคำแนะนำสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย อาการ และการดูแลรักษา รวมทั้งการทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มหรือกระตุ้นความคิดและความจำ²²⁻²³ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ²⁴ รวมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอาจขาดความรู้ในการดูแล รู้สึกผิด และส่วนใหญ่ต้องใช้เวลามากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²⁵ ทำให้เกิดความเครียดในระหว่างการดูแลได้ พยาบาลในชุมชนสามารถส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้²⁶

3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิต ระยะนี้ผู้สูงอายุจะมีความจำน้อยมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น อาการปวด แผลกดทับ หรือ ติดเชื้อเป็นต้น พยาบาลในชุมชนควรแสดงบทบาทการดูแลแบบประคับประคอง¹⁹ เช่น การประเมินปวด การดูแลให้รับยาบรรเทาปวดหรือการลดการติดเชื้อ การทำความสะอาด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น นอกจากนี้การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและลดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิตได้ เช่น การผลิตเตียงสำหรับผู้ป่วยที่นอนนานเพื่อลดแผลกดทับ²⁷⁻²⁸ และการแสดงบทบาทของพยาบาลในชุมชนเกี่ยวกับการประสานกับทีมสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย เช่น การตรวจเยี่ยมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของทีมสุขภาพ การประสานงานระหว่างผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา รวมทั้งการประกันชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญทางความรู้สึกและจิตวิญญาณ ด้วยการรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิต และผู้ดูแล ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ระบายความคิดความรู้สึก ช่วยสะท้อนความคิดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมากขึ้น ค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจหรือแหล่งสนับสนุนมิติจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมความคิดและความรู้สึกในมิติจิตวิญญาณของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างมีคุณค่ายิ่งขึ้น

สรุป

ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สังคมปัจจุบันกำลังเผชิญ ซึ่งมีผลกระทบทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล พยาบาลในชุมชนจึงบุคคลหนึ่งที่บทบาทสำคัญในดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้วยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ลักษณะ และการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีหรือเป็นภาวะสมองเสื่อมแล้ว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนการวินิจฉัยโรค เป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระยะรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดการเพิ่มภาวะสมองเสื่อม และระยะท้ายของชีวิตเพื่อประคับประคองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณภาพชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2557.
2. Korolev I O. Alzheimer's disease: a clinical and basic science review. Med Student Res J 2014;4:24-33.
3. Alzheimer's Disease International. Policy brief for G8 heads of government. The global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's disease International; 2013.
4. Miller C A. Nursing for wellness in older adults. 5th ed. New York: Lippincott; 2009.
5. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
6. ปวีณา นพโสธร และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558;7:84-94.
7. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
8. พาวุฒิ เมฆ, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556;58:101-10.
9. สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม. การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
10. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, บรรณาธิการ. สมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุม; 2-6 พฤศจิกายน 2558; กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2558.
11. Richard E, Ligthart S A, Moll van Charante E P, vanGool W A. Vascular risk factors and dementia-towards prevention strategies. Neth J Med 2010;68:284-90.

12. Srisuwan P. Primary prevention of dementia: Focus on modifiable risk factors. *J Med Assoc Thai* 2013;96:251-8.
13. Ganguli M, Snitz BE, Lee C W, Vanderbilt J, Saxton J A, Chang CC. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team. *Aging Ment Health* 2010;14:100-7.
14. Poltavski DV, Marino JM, Guido JM, Kulland A, Petros TV. Effects of acute alcohol intoxication on verbal memory in young men as a function of time of day. *Physiol Behav* 2011;102:91-5.
15. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2010;6:158-94.
16. อุดม ภู่วโรดม. “ภาวะสมองเสื่อม” พบในผู้สูงอายุมากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2015/04/9712>
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด; 2557.
18. กัมมันต์ พันธุ์จินดาและศรีจิตรา บุณนาค. สมองเสื่อม: โรคหรือวัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2543.
19. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. 1sted. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2013.
20. Huné -Boyle ICV, Iliffe S, Cerga-Pashoja A, Lowery D, Warner J. The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:1046-57.
21. อนุช ภิบาล, วิจารณ์ จันทร์แสงรัตน์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. การพัฒนานวัตกรรมแอนิเมชันเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยใช้หลักมิติจิตวิญญาณ ตามวิถีมุสลิมสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก: http://rms.pnu.ac.th/rdbms/fulltext/101117_111021f.pdf

- 22.พัชรภณัท ไชยสังข์, สังข์ นุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์, ปัญจนรณิ ยะเกษม. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก: www.stic.ac.th/inter/main/th/about/prevision_factors_of_dementia_in_elderly.pdf.
- 23.พัชญ์พิไล ไชยวงศ์, เพื่อนใจ รัตตากร, พรียา มั่นเขตวิทย์. ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2558;48:182-91.
- 24.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์. นนทบุรี: สำนักอนามัย สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- 25.Hong G-R S, Kim H. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. Geriatr Nurs 2008;29:267-74.
- 26.กานดา วรคุณพิเศษ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;22: 82-97.
- 27.ภูติศ สะวิคามิน. ที่นอนลมที่ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันแผลกดทับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;2:456-63.
- 28.ปัญญภัทร ภัทรกัณทากุล. ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555;22:48-60.