# บทความฟื้นฟูวิชาการ มุมมองที่ควรใส่ใจกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศศ.ม. *

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์** : เพื่อทบทวนมุมมองที่ควรใส่ใจกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

**วัสดุและวิธีการ** : สืบค้นจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากบทความในวารสารหนังสือ/ตำรา รวมทั้งข้อมูลจากเว็บไซต์ต่างๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ผล** : การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบทความนี้เน้นมิติการช่วยเหลือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็น 4 กลวิธี ประกอบด้วย

1. เทคนิคการสื่อสาร เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้นและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างกันให้ดีขึ้น

2. การปรับพฤติกรรม เป็นเทคนิคหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการช่วยเหลือตนเอง

3. การปรับสิ่งแวดล้อม การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกมีอิสระ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้

4. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นเทคนิคที่ช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล นอกจากนั้นควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล

**สรุป** : กลวิธีทั้งสี่นี้เป็นอีกมุมมองหนึ่งที่ควรตระหนัก เนื่องจากเป็นกลวิธีที่สามารถช่วยให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ กล่าวคือ สามารถเพิ่มศักยภาพการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และลดความตึงเครียดของผู้ดูแลให้น้อยลง

**คำสำคัญ** : สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ การดูแล

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

# Review article
# The Attentive viewpoints of care for dementia patients

Chanika Jaroenjitkul, M.A.*

**Abstract**

**Objective :** To review the viewpoint that needs special attention in caring for dementia patients.

**Materials and Methods :** The article has been reviewed from Thai and International Journals, textbooks and online media.

**Results :** According to the article, the caring techniques can be classified into 4 dimensions as follows

(1) Communication techniques to help caregivers to understand the nature of disruptive behavior of demented people and improve mutual relationship.

(2) Behavioral Modification to help patient learn and develop their self-care skills.

(3) Environmental Manipulation to help them feel free, maximize their own self-care skills and be able to adapt to their own environments.

(4) Caregiver Education to develop knowledge and increase efficacy in provide better care for their demented patients. Moreover, they are able to eliminate their emotional problems while taking care of the patients.

**Conclusion :** These 4 techniques are to be recognized to achieve the ultimate goal of caring for dementia patients by optimizing demented patients' function and reduce caregiver's excessive stress and burden.

**Key words :** dementia, elderly / aging, caring

* Lecturer, Faculty of Nursing Huachiew Chalermprakiet University

**บทนำ**

โครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบันที่มีประมาณ 66 ล้านคน ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 มาตั้งแต่ปี 2548 โดยในปี 2548 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550[1] ซึ่งประเทศต่างๆ ก็กำลังประสบปัญหาโครงสร้างประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้นเช่นกัน แต่ที่สำคัญคืออุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มประชากรมีเพิ่มมากขึ้นด้วย จากการศึกษาในประเทศแถบตะวันตก พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 1 และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุกๆ 5 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 85 ปีขึ้นไป ดังนั้นถ้าประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นคาดการณ์ว่าในปี2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 11.3–16 ล้านคน [2] และการที่จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว และเป็นภาระทางเศรษฐกิจของชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นญาติผู้ดูแล บุคลากรทีมสุขภาพ บุคคลในชุมชน ต้องเรียนรู้ ร่วมมือ สนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้กล่าวถึงภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ พร้อมทั้งอาการที่เกิดขึ้น และการช่วยเหลือบรรเทาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพโดยเน้นแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล และผู้สนใจทั่วไป ซึ่งแบ่งการช่วยเหลือออกเป็น 4 กลวิธี ดังนี้ 1. เทคนิคการสื่อสาร 2. การปรับพฤติกรรม 3. การปรับสิ่งแวดล้อม และ 4. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือเพิ่มศักยภาพการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และลดความตึงเครียดของผู้ดูแลให้น้อยลง

**ความหมายภาวะสมองเสื่อม**

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่มีการสูญเสียหรือบกพร่องของความจำระยะสั้นและความจำระยะยาวร่วมกับการบกพร่องของสติปัญญา ส่วนใดส่วนหนึ่ง รวมถึงความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความเข้าใจ การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ภาษาและการตัดสินใจ[3] บางครั้งอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ บุคลิกภาพเปลี่ยน มีความถดถอยในการปรับตัวทางสังคม อาการผิดปกติเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน การที่บุคลิกภาพเปลี่ยนไปอาจเป็นเหตุของความไม่ปลอดภัย และการเกิดปัญหาพฤติกรรม (disruptive behavior) ตามมาได้

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (disruptive behavior) ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็นพฤติกรรมด้านต่างๆได้ดังนี้ [4]

1. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เช่น มีอาการต่อต้านและโวยวาย หงุดหงิดง่าย หรือหวาดระแวง เป็นต้น

2. ปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ตื่นกลัว มีอาการหลงผิด ระแวง และประสาทหลอน เป็นต้น

3. ปัญหาด้านวงจรการนอน เช่น หลับกลางวันตื่นกลางคืน อาการเปลี่ยนแปลงช่วงเวลาเย็นถึงค่ำ พบอาการเลวลงเวลาพลบค่ำ (sundown)[5]

4. ปัญหาด้านพฤติกรรมอื่น เช่น กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ มีปัญหาทางเพศและอนาจาร ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาความจำ ปัญหาการเดินเรื่อยเปื่อยและปัญหาในการเคลื่อนไหว เป็นต้น

จากการศึกษาของ Lawlor [6] พบว่า 65% ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้อย่างน้อย 1 ด้าน และ 35% พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาถึง 3 ด้าน ส่วนในสถานดูแลผู้สูงอายุพบมากถึง90%ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างน้อย 1 ด้าน และ 10% มีความผิดปกติครบ 4 ด้าน

ถึงแม้โรค Alzheimer เป็นโรคที่รู้จักทั่วไปว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด โดยพบได้ถึง

ร้อยละ 50–75 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่การเกิดภาวะสมองเสื่อมยังเกิดจากสาเหตุอื่นๆเช่น ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดอุดตัน ( vascular dementia ) ภาวะสมองเสื่อมจาก Lewy body (Lewy body dementia )และภาวะสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพส่วน frontal – temporal lobe ฝ่อลง ( frontotemporal dementia ) เป็นต้น ทุกสาเหตุนี้ก่อให้เกิดความเสื่อมต่อสมองเหมือนๆกันในระยะท้ายๆของโรค แต่ ในระยะแรกๆของ แต่ละสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมจะมีลักษณะอาการและอาการแสดงเฉพาะ ซึ่งถ้าเรียนรู้และทำความเข้าใจ จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลที่มีรูปแบบเฉพาะได้ [7]

การที่พยาบาลหรือผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สามารถวินิจฉัยอาการและให้การช่วยเหลือจัดการกับความผิดปกติด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้ จะเป็นการช่วยให้ 1.พยาบาลและผู้ดูแลลดความตึงเครียดลง 2. สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ 3. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านได้นานขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาลหรือสถานพักฟื้น ซึ่งในประเทศอเมริกา ค่าใช้จ่ายประมาณว่ามากกว่า 30,000ดอลลาร์ต่อปีต่อคน [8] และ 4. ช่วยให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

**ชนิดและอาการของภาวะสมองเสื่อม**

**โรค Alzheimer**

ภาวะสมองเสื่อมจาก โรค Alzheimer เป็นโรคของความผิดปกติของระบบประสาท (neurodegenerative disorder ) ที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและในที่สุดจะทำให้เกิดการสูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพ เกิดความสูญเสียความ สามารถทางความคิด ซึ่งไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ และพบว่าเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 60 % หรือสองในสามของสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด[9] ในระยะแรกๆ อาการต่างๆจะค่อยๆดำเนินไปจนบางครั้งเกิดความเข้าใจผิดคิดว่านั่นคือการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงอายุ อาการนำที่สำคัญคือ ความจำเสื่อม เช่น ลืมชื่อ หรือลืมการนัดหมายซึ่งจะพบบ่อย และในที่สุดจะสูญเสียความจำระยะสั้น ตามมาด้วยความผิดปกติทางความคิด ความสามารถทางสติปัญญาด้านอื่นๆ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความสามารถในการใช้ภาษา สมาธิ มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์โกรธ จนกลายเป็นไปเพิ่มความหงุดหงิดโกรธง่าย มีข้อโต้แย้งบ่อย ต่อมาเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ไม่สามารถตักอาหารรับประทานเองได้ ต้องนอนพักอยู่แต่บนเตียง มีปัญหาการพูดจนผู้ป่วยบางรายไม่มีส่วนร่วมในการสนทนาอีกเลย และในที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทุกอย่าง [10]

**Vascular dementia**

Vascular dementia ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองอุดตัน หลอดเลือดสมองอุดตันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรอง จาก โรค Alzheimer ภาวะสมองเสื่อมนี้อาจจะเกิดขึ้นทันที ซึ่งเป็นผลจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นๆ (transient ischemic attack) โดยที่โรค Alzheimer ส่งผลต่อเนื้อสมองทั่วๆไป เป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมถาวร ส่วน vascular dementia ส่งผลต่อเนื้อสมองเฉพาะจุดที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเท่านั้น ทำให้ผู้ที่สมองเสื่อมจากโรค Alzheimer มีการตระหนักรู้ต่อตนเองน้อยมาก ขณะที่ผู้ที่สมองเสื่อมจาก vascular dementia จะมีการตระหนักรู้ต่อตนเองดีอยู่ ทำให้เข้าใจสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากความเสื่อมของความจำระยะสั้นไม่ได้เกิดกับทุกส่วนของสมอง [11] ทำให้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ปัญหารบกวนทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของโรค เช่น ความสับสนโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน (nocturnal confusion ) การเดินเรื่อยเปื่อย (wandering) จะพบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก vascular dementia มากกว่าโรค Alzheimer

**Lewy body dementia**

Lewy body dementia คือภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการสะสมที่ผิดปกติของโปรตีนที่เรียกว่า alpha –

synuclein ที่ก่อตัวขึ้นมาในเซลล์ประสาทของสมอง การสะสมเหล่านี้เรียกว่า Lewy body (เป็นชื่อที่เรียกตามผู้ที่ค้นพบ ) Lewy body สามารถเกิดขึ้นได้เอง หรือเกิดร่วมกับโรค Alzheimer หรือ โรคพาร์กินสันก็ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบได้ประมาณ 15-20%ของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยจะแสดงความผิดปกติด้านความคิดและด้านการเคลื่อนไหว[12]

ลักษณะความผิดปกติที่พบจะมีอาการเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา ไม่แน่นอน อาการแรกๆจะมีอาการประสาทหลอน และอาการพาร์กินสัน ซึ่งไม่เหมือนกับโรค Alzheimer การดำเนินของโรค Lewy body dementia เร็วมากกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เป็น Lewy body dementia จะไม่มีปัญหาสูญเสียความจำระยะสั้น[13,14]

การเปลี่ยนแปลงในด้านการรู้คิดสามารถเปลี่ยนแปลงเร็ว ต้องคอยสังเกตจากชั่วโมงต่อชั่วโมง สัปดาห์ต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ไม่มีสมาธิและมีความยากลำบากที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยประเภทนี้จะแสดงอาการทางจิต เช่น อาการหวาดระแวง หลงผิด หรืออาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นปัญหายุ่งยาก รบกวนทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมาก[14] ระหว่าง 50-80% ของผู้ป่วย Lewy body dementiaจะมีอาการประสาทหลอนที่เกี่ยวข้องกับคนหรือสัตว์ ในระยะสับสนของผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการพาร์กินสันร่วมด้วยคือผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวช้า หลังโค้ง ตัวสั่น ขณะก้าวเดินจะมีอาการขาสั่นตลอดเวลา ประสาทสัมผัสไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ หกล้ม และการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้มักจะเกิดขึ้นจากการถูกปลุกให้ตื่นจากการนอนในช่วงเย็น

**Frontotemporal dementia**

Frontotemporal dementia เป็นภาวะสมองเสื่อมของความผิดปกติของระบบประสาท สมองส่วน frontal และ temporal lobe จะฝ่อหรือเหี่ยว เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบน้อย ประมาณ 2% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม บางครั้ง Frontotemporal dementia มักจะถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นปัญหาด้านจิตใจมากกว่า หรือวินิจฉัยว่าเป็นโรค Alzheimer ซึ่งโรคนี้มีแนวโน้มพบได้ในคนอายุตั้งแต่ 40 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่พบได้น้อยในผู้ป่วย Alzheimer ลักษณะที่เด่นชัดคือการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และการเข้าสังคม การใช้ภาษา ขึ้นอยู่กับว่าความเสื่อมนั้นไปทำลายด้านใดของสมอง ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองส่วน frontal lobe ส่ง ผลต่อบุคลิกภาพมากกว่าพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรก ความจำของผู้ป่วยยังดีอยู่ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพเห็นได้ชัดเจน อาการแสดงได้แก่ พฤติกรรมด้านสังคมไม่เหมาะสม พูดจาหยาบคาย เช่น เดินไปเจอผู้หญิงจะพยายามจับก้นผู้หญิง ขาดการยั้บยั้งชั่งใจ ก้าวร้าว ผู้ป่วยอาจจะวอกแวกง่าย มีพฤติกรรมทำซ้ำๆที่ไม่เหมาะสม รวมทั้ง ขาดการตระหนักรู้ต่อตนเอง ไม่สนใจสุขภาพอนามัยของตนเอง ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีปัญหาการพูดและการใช้ภาษา สูญเสียความจำ ขาดความสามารถในการปฏิบัติ ภาระกิจของตนเอง[15]

การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีได้หลายวิธี ทั้งที่เป็นการใช้ยา (Medication) และ การไม่ใช้ยา (Non-Medication) ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเกี่ยวกับการไม่ใช้ยาโดยมีเป้าหมายของการช่วยเหลือ คือ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการดำรงไว้ซึ่งศักยภาพทางร่างกายสูงสุด ตลอดจนส่งเสริมความสามารถของตนเองในการเข้าสังคมของผู้ป่วย และช่วยลดความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลให้ลดน้อยลง

Kolanowski และคณะ[16] ได้อธิบายลักษณะการช่วยเหลือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

4 วิธีการ คือ

1. การใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสาร (Communication technique )

2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral strategies)

3. การปรับสิ่งแวดล้อม (Environmental modifications)

4. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Caregiver education)

**การใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสาร (Communication technique )**

การใช้เทคนิคการสื่อสาร สามารถใช้ได้ทั้งบุคลากรเชิงวิชาชีพ และบุคคลในครอบครัวที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้วิธีการสื่อสารที่ดีที่เหมาะสมจะช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยลงได้ เช่น ควรมีการแนะนำตนเองโดยการบอกชื่อ มีการประสานสายตากับผู้ป่วยขณะเข้าไปพบผู้ป่วย จะเป็นการช่วยสร้างบรรยากาศเคารพซึ่งกันและกัน แนะนำให้เรียกชื่อสิ่งของหรือบุคคลนั้นโดยตรง แทนการใช้สรรพนาม[17] คำพูดหรือคำสั่งต้องกระชับและชัดเจน ควรแบ่งงานออกเป็นขั้นตอนย่อยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยทำได้ บางครั้งผู้ดูแลอาจจะเข้าใจว่าอธิบายไปอย่างไร ผู้ป่วยก็คงไม่เข้าใจ แต่จริงๆแล้วการอธิบายบ้าง จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ ให้หลีกเลี่ยงการออกคำสั่ง "อย่า" เพื่อป้องกันการรับรู้ของผู้ป่วยว่ากำลังถูกตำหนิ การใช้ภาษาท่าทาง เช่น การยิ้ม และการพูดช้าๆ แบบสบายๆ น้ำเสียงนุ่ม สุภาพ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วย [18] การใช้มือโอบเบาๆที่หลังของผู้ป่วย หรือจับมือของผู้ป่วยไว้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกอบอุ่น ซึ่งการกระทำแบบนี้มีค่ามากกว่าคำพูด

เปรียบเทียบสองสถานการณ์ต่อไปนี้ ถ้าท่านเป็นผู้ดูแล ท่านจะเลือกปฏิบัติแบบใดด้วยเหตุผลใด

**ตัวอย่างที่ 1 สถานการณ์ที่ 1**

ป้ามาลีป่วยเป็นโรคAlzheimer ระยะรุนแรง มาโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งมากขึ้น เหตุการณ์คือ ผู้ดูแลเดินเข้ามาในห้อง ทำให้ป้ามาลีตื่น ผู้ดูแลเดินไปเปิดมู่ลี่ที่หน้าต่าง และเข้าไปในห้องน้ำเตรียมน้ำเพื่ออาบน้ำให้ผู้ป่วย และออกมาทักทายป้ามาลี "สวัสดีค่ะ ดิฉันจะช่วยอาบน้ำให้นะคะ" และเดินเอาเสื้อผ้าของป้ามาลีไปไว้ในห้องน้ำ ป้ามาลีตะโกนออกมาว่า "ออกไป ไม่ต้องมายุ่งกับฉัน"

**สถานการณ์ที่ 2**

เหตุการณ์คือ ผู้ดูแลเดินเข้าไปในห้อง เดินไปที่เตียงของป้ามาลี สบตา เอามือแตะที่หลังมือป้ามาลีเบาๆ พร้อมกับยิ้มทักทายและพูดว่า "สวัสดีค่ะ" (เว้นช่วงเพื่อดูปฏิกิริยาของป้ามาลี) ต่อจากนั้นผู้ดูแลแนะนำชื่อตนเองและบอกว่า"ดิฉันจะอยู่ที่นี่เพื่อช่วยเหลือป้าอาบน้ำและแต่งตัวค่ะ" (เว้นช่วงเพื่อดูปฏิกิริยาของป้ามาลี) ป้ามาลีตอบ"ค่ะ"ด้วยเสียงสงบและยิ้มให้ ผู้ดูแลยิ้มตอบ และช่วยพยุงป้ามาลีลุกจากเตียงไปอาบน้ำ ป้ามาลีให้ความร่วมมืออย่างดีในการอาบน้ำและแต่งตัว

การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการพูดเป็นงานที่ท้าทายของผู้ดูแล ซึ่งจะมีการพูดแบบไม่ปะติดปะต่อจะพบในผู้ป่วย Alzheimer ระยะท้ายๆ หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมจากเส้นเลือดสมองอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ บ่อยครั้งพบว่า ผู้ดูแลจะทำเป็นไม่สนใจที่จะสนทนากับผู้ป่วยเหล่านี้ เพราะคิดว่าพูดไปผู้ป่วยก็คงไม่เข้าใจหรืออาจใช้คำพูดที่เป็นการดูถูกผู้ป่วย ซึ่งการกระทำเหล่านี้เป็นอันตรายอย่างมากต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมจากเส้นเลือดสมองอุดตันเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้และตระหนักถึงความบกพร่องของตนเอง เป็นผลให้เกิดความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ กระวนกระวาย อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรง หรือซึมเศร้าได้ [17,18] ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะไวต่อโทนเสียงและการแสดงออกทางสีหน้าของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลโกรธ หงุดหงิด ไม่พอใจ ผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ได้และอาจแสดงอารมณ์เช่นเดียวกันออกมาได้ [19] การที่ผู้ดูแลอดทนและตั้งใจฟัง ตอบสนองต่อการพูดของผู้ป่วยเป็นระยะๆในจังหวะที่เหมาะสมจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ บ่อยครั้งมันเป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการสื่อออกมาคืออะไร ผู้ป่วยอาจใช้คำที่มีเสียงคล้ายๆ กับคำที่ตนต้องการพูด เช่น "ชาม" แทน "ช้อน" หรือ "ข่าว" แทน "ข้าว" เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะไม่เกินความสามารถที่จะเข้าใจ ถ้าผู้ฟังให้ความสนใจกับผู้ป่วยเพียงพอ

บางครั้งการยิ้ม การพยักหน้า การพูดสะท้อนความคิดเห็นบางอย่างของผู้ป่วยก็เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือรับรู้ว่ายังคงมีคนคอยสนใจช่วยเหลือท่านอยู่ [19] มันอาจจะเป็นประโยชน์ที่จะทำให้เรารู้ความต้องการพื้นฐานที่ท่านจะสื่อออกมาเช่นความต้องการอาหาร ต้องการขับถ่าย หรือแม้แต่ความเจ็บปวด ตัวอย่างเช่น ป้ามาลัยอายุ 78 ปี เป็นสมองเสื่อมชนิด vascular dementia เหตุการณ์คือ คุณยายนั่งอยู่ในห้องพัก เป็นเวลานาน อยู่ๆก็ลุกขึ้นมาท่าทางลุกลี้ลุกลน และพูดว่า น้ำเต็มแล้ว ท่อน้ำทุกที่แตกแล้ว แรกๆ พยาบาลฟังอยู่ ก็งง แต่ก็แปลความคำพูดจึงพาป้ามาลัยไปห้องน้ำแต่ป้ามาลัยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แล้วจึงช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ใหม่

มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากมายจำเหตุการณ์ในอดีตได้แล้วเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย โกรธ วิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติภารกิจที่เขาคิดว่าสำคัญหรือไม่สามารถพูดคุยกับสมาชิกของครอบครัวที่เสียชีวิตไปแล้วได้ เวลานี้เป็นเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องเข้าช่วยเหลือโดยเข้าไปอยู่ในโลกของผู้ป่วยและตอบสนองต่อความกังวลเหล่านั้นเพื่อลดความกังวล ความโกรธลง[20] ตัวอย่างเช่น ป้ามาลาอายุ 70 ปี เป็น severe dementia คืนหนึ่งขณะอยู่โรงพยาบาล ป้ามาลามีอาการกระวนกระวาย ลุกลี้ลุกลนอยู่ไม่นิ่ง และได้บอกกับพยาบาลว่าป้ากลัวหลงจากกลุ่มที่ไปเที่ยวด้วยกัน พยาบาลได้บอกกับป้ามาลาว่า ขณะนี้ป้าไม่ได้ไปเที่ยว ป้ากำลังอยู่โรงพยาบาล คำพูดนี้ยิ่งทำให้ป้ามาลากระวนกระวายมากขึ้น และยืนยันว่ามีคนพยายามมาหลอกท่านเพื่อทำให้ท่านแยกจากกลุ่มเพื่อน พยาบาลจึงใช้การสื่อสารใหม่โดยตอบว่า ป้าไม่ได้หลงจากกลุ่มเพื่อนๆ หรอกค่ะแต่ตอนนี้เพื่อนคนอื่นๆ ได้แยกย้ายกันไปพักผ่อนบนเตียงแล้ว ท่าทางของป้ามาลาค่อยสงบลงและยอมไปพักผ่อน

เช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิด Lewy body dementia ที่มักเกิดอาการประสาทหลอนทางตา ซึ่งท่านจะรับรู้ว่านั้นคือความจริง แทนที่เราจะโต้แย้งว่าอาการประสาทหลอนนั้นไม่จริง แต่มันจะเป็นประโยชน์มากกว่าสำหรับผู้ดูแลที่จะเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมา ณ ขณะนั้นว่าเป็นอย่างไร เช่นถ้าอาการประสาทหลอนนั้นทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น เราก็ต้องช่วยลดความวิตกกังวลนั้น [14, 21] เช่น คุณตาสมคิด อายุ 70 ปี เป็น Lewy body dementia มีอาการประสาทหลอนทางตาเห็นเหลานเชายตัวเล็กมาคุยด้วย ท่าทางเป็นมิตร และหลังจากนั้น คุณตาก็ดูกลัวๆ นั่งไม่นิ่ง และบอกว่ามีคนเข้ามาในห้องมาด่ามาว่า ภรรยาคุณตาจึงพูดว่าเจ้าคนนิสัยไม่ดีออกจากห้องนี้ไปให้หมดโดยใช้ไม้กวาดไล่ตีออกไป การกระทำของภรรยาเช่นนี้เป็นการเข้าไปโดยตรงในโลกของคุณตาและช่วยลดความกังวลลงได้

สิ่งที่สำคัญมากคือ การเป็นผู้ช่างสังเกตจะช่วยให้ผู้ดูแลปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารมากกว่า ที่จะใช้เพียงการบอกเพียงอย่างเดียว

**วิธีการปรับพฤติกรรม (Behavioral strategies )**

วิธีการปรับพฤติกรรมจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายลุกลี้ลุกลนขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลงได้ และยังช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลลงได้ด้วยเช่นกัน การจัดตารางกิจกรรมประจำวันจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกที่เริ่มสูญเสียความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรค Alzheimer การจัดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลาตารางกิจกรรมที่แน่นอนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการช่วยเหลือตนเองซึ่งจะทำให้ความวิตกกังวล ลดลง [21] แต่ถ้าอาการสมองเสื่อมมากขึ้น เวลาตารางกิจกรรมควรมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้อาจจะไม่ต้องการรับประทานอาหาร อาบน้ำ หรือแต่งตัวตามเวลาที่กำหนด ซึ่งถ้าบังคับให้ทำอาจจะไปเพิ่มความกังวลให้ผู้ป่วยได้ การเลื่อนเวลาออกไปอีกนิดหน่อยอาจจะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยมากกว่า การจัดตารางการเข้าห้องน้ำควรจะเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกประเภท เพราะผู้ป่วยมักมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหานี้มัก

จะเป็นที่รังเกียจจากผู้ดูแล ซึ่งถ้าเราช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะได้เองจะเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ถ้าผู้ป่วยต้องมาอยู่โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา ผู้ดูแลต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการจัดตารางการเข้าห้องน้ำของผู้ป่วยด้วย

ตารางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยควรจัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนี้ให้นานเท่านานเท่าที่ผู้ป่วยมีศักยภาพทำได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การออกกำลังกายประจำวันหรือการมีกิจกรรมบ้างเล็กๆ น้อยๆ จะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง และควรให้ความสนใจอย่างมากในผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก Lewy body dementia เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสี่ยงต่ออุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ[22] เช่น การยกไม้กั้นเตียงขึ้น เวลาให้ผู้ป่วยนอน การพาผู้ป่วยเดินควรมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เป็นต้น

การสวมเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การถอดเสื้อผ้าออกเอง หรือการใช้เวลานานในการเลือกเสื้อผ้า มักเป็นสาเหตุความเครียดของผู้ดูแล [23] บางครั้งการจำกัดตัวเลือกในการเลือกเสื้อผ้าก็เป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งเช่นวางเสื้อผ้าไว้ในลิ้นชักเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกเพียง 1 ชุด เสื้อผ้าควรเป็นแบบง่ายต่อการสวมใส่และควรมีซิปหลังเพื่อยากต่อการถอดเอง รองเท้าควรมีความพอเหมาะ กางเกงควรมียางยืดที่เอวเพื่อลดปัญหาการเข้าห้องน้ำ นอกจากนี้ ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตว่าเสื้อผ้าที่ผู้ป่วยสวมใส่อยู่นั้นให้ความสบายแก่ผู้ป่วยหรือไม่ เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถสื่อสารได้ว่าเสื้อผ้าที่สวมใส่นั้นให้ความสบายกับตัวเองหรือไม่

การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายๆอาจเป็นงานที่ท้าทายของผู้ดูแล ซึ่งแรกๆผู้ดูแลอาจช่วยผู้ป่วยเพียงการตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆพอคำ และยอมให้ผู้ป่วยใช้นิ้วหยิบจับอาหารรับประทานเองเพื่อให้รู้สึกว่ามีอิสระช่วยเหลือตนเองได้ แต่ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาการเคี้ยวและกลืนลำบาก อาหารอาจต้องปั่น ใช้วิธีค่อยๆ ป้อน หรือให้อาหารทางสายยางช่วย และมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องชมผู้ป่วยเมื่อสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เพราะจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลและคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วย

**การปรับสิ่งแวดล้อม (Environmental modification)**

การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกมีอิสระ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวได้ [24] ซึ่งจะเป็นอีกกลวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เช่นการปรับสิ่งแวดล้อมในห้องพักในโรงพยาบาลให้มีความคล้ายคลึงกับบ้านที่ท่านคุ้นเคย หรือการจัดให้มีนาฬิกาและมีปฏิทินจะช่วยในการรับรู้วันเวลาของผู้ป่วย Alzheimerในระยะแรกๆ ได้ดีขึ้น ผู้ดูแลอาจจะติดสัญลักษณ์ ทั้งที่เป็นตัวหนังสือและรูปภาพที่ประตูห้อง ในห้องน้ำ และในลิ้นชัก หรือตู้เก็บของ เขียนเวลานัดหมายในการทำกิจกรรมลงในตารางและฝึกให้ทบทวนหมายเลขโทรศัพท์เพื่อช่วยลดความกังวลเรื่องความสูญเสียความจำระยะสั้น

ความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกประเภท[22] การเดินหลงทาง เดินเรื่อยเปื่อย (wandering behavior) พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก Alzheimer และ vascular dementia และ Lewy body dementia ซึ่งเป็นงานที่ท้าทายอย่างมากทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน การล็อกประตูหน้าต่างทางออกไว้และการใช้สัญญาณเสียงเตือนเมื่อประตูเปิดก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการป้องการการเดินเรื่อยเปื่อยของผู้ป่วย ห้องพักของผู้ป่วยควรอยู่ในตำแหน่งที่สายตาของสมาชิกในครอบครัวเห็นได้หรือบุคลากรผ่านไปมาเห็นได้ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือห้องพักควรมีความปลอดภัย เช่น ในห้องน้ำต้องไม่ลื่น มีราวจับ ประตูห้องน้ำสามารถเปิดได้จากข้างนอก ทางเดินไม่มีพรมเกะกะ ตั้งวางสิ่งของเป็นระเบียบไม่เปลี่ยนที่บ่อยๆ เป็นต้น

ในขณะรับประทานอาหารแนะนำให้เปิดเพลงบรรเลงเบาๆ จะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวาย อยู่ไม่สุขของผู้ป่วยลงได้ [25] หรือค้นหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จัด

ให้ผู้ป่วยได้ทำ เพื่อลดความวิตกกังวล ตัวอย่างเช่น คุณตาสมชายอายุ 75 ปีเป็นสมองเสื่อม จาก Alzheimer เป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเมื่อก่อนคุณตาเป็นจิตรกร ขณะที่คุณตาอยู่โรงพยาบาลคุณตาจะมีอาการอยู่ไม่นิ่งเดินหาทางกลับบ้านแต่เมื่อเดินไป เดินไปเห็นภาพวาดที่ผนังทางเดิน คุณตาจะจ้องมองมองภาพนั้นนานหลายนาที เมื่อพยาบาลปรึกษาเรื่องนี้กับภรรยาของคุณตา ภรรยาได้นำหนังสือภาพวาดที่คุณตาชอบมาให้ เมื่อเวลาคุณตามีอาการอยู่ไม่นิ่งเดินไปเดินมา พยาบาลจะพามานั่งและนำหนังสือเหล่านั้นให้คุณตาดู

สรุป ผู้ดูแลควรให้ความสนใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นทั้งหลายที่จะไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เช่น เสียงดังจากทีวี หรือการที่มีผู้คนมาเยี่ยมมากมาย หรือการสังเกตพบว่าการรับประทานอาหารเป็นกลุ่มอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากกว่าการรับประทานอาหารคนเดียวในห้อง ผู้ดูแลควรจะไวต่อสิ่งกระตุ้นเหล่านี้และควบคุมมันให้ได้

**การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Caregiver education)**

ทั้งสามวิธีการที่ได้อธิบายมา คือ การใช้เทคนิคการสื่อสาร การใช้วิธีการปรับพฤติกรรม และการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งหมดนี้เป็นการเตรียมความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล ควรรู้ และเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จะเกิดความรู้สึก เช่น ความคับข้องใจ โกรธ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และปฏิเสธการดูแล [26] มีการศึกษา[17,21,26] ได้ยืนยันว่าผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดูแล เช่น การขาดความยั้บยั้งชั่งใจ โกรธง่าย กระวนกระวาย และเดินเรื่อยเปื่อย นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้คุณภาพชีวิตของตนเองลดลงด้วย[26,27] ซึ่งการเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคของผู้ป่วยและวิธีการดูแลจะช่วยทำให้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นลดลงได้ โดยที่ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวต้องตระหนักว่าพฤติกรรมหรือการแสดงออกต่างๆของผู้ป่วยมาจากอาการสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น และเราผู้ดูแลคือบุคคลอันเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยไว้ใจมากที่สุด และเราคือบุคคลสำคัญที่จะให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้ดีที่สุดแก่ทีมสุขภาพเช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยขณะดูแลที่บ้าน ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาดีขึ้น

**วิธีการช่วยเหลือ**

นอกจากสร้างความตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้ว การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการช่วยเหลือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านต่างๆ เช่น การใช้เทคนิคการสื่อสาร การจัดสิ่งแวดล้อม การปรับพฤติกรรม และการจัดการทางกฎหมายขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้เป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ทีมสุขภาพควรแนะนำผู้ดูแลให้พบกับนักกฎหมายเพื่อจัดการเกี่ยวกับการประกันชีวิต มรดกต่างๆ มอบอำนาจให้ตัวแทนหรือตัวแทนด้านสุขภาพ เป็นต้น และสุดท้ายต้องให้ความรู้การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น

หลักการที่สำคัญที่สุดของการช่วยเหลือการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์คือการได้หยุดพัก จากการดูแล [26] ผู้ดูแลที่ไม่สามารถหาเวลา หยุดพักได้เพียงพอจะเกิดปัญหาด้านจิตใจอย่างมากและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีพอ รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นด้วย การที่จะมีเวลาหยุดพักได้นั้น ปัจจัยสำคัญที่สุด คือ มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่จะสามารถผลัดเปลี่ยนเวียนกันมารับผิดชอบเป็นครั้งคราว เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักทำสิ่งอื่นหรือพักผ่อนได้ตามสมควร ถ้าในบางครอบครัวที่มีปัญหาในการผลัดเปลี่ยนดูแล ก็ควรหาผู้ดูแลอื่นช่วย เช่น ผู้ช่วยเหลือพยาบาลที่ผ่านการฝึกหัดแล้ว หรือฝากดูแลใน Day care center หรือ nursing home ในช่วงเวลาทำงาน เป็นต้น

วิธีการช่วยเหลืออย่างอื่นที่มีความสำคัญ คือ การประคับประคองอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งต้องมีผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง ปลอบโยนและเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถระบายความรู้สึกได้ บุคคลที่จะให้คำปรึกษาหรือความช่วยเหลือได้แก่ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหากับผู้ดูแลหรือครอบครัวอื่นๆ การให้กำลังใจก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถผ่านวิกฤตไปได้

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัว อาจมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ซึ่งเวลา ความสามัคคีและความเห็นอกเห็นใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะเป็นหนทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด

## สรุป

ภาวะสมองเสื่อม กำลังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และจะเป็นปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจที่สำคัญในอนาคต ซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ การสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ และจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้นเรื่อยๆตามความรุนแรงของโรค ขณะที่สมาชิกในครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปและต้องเผชิญกับความเครียดจากการพึ่งพาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายได้ การเจ็บป่วยจากภาวะสมองเสื่อมนี้ส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้วยวิธีการใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย วิธีการปรับพฤติกรรม วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยมีเป้าหมายเพื่อ (1) ลดภาวะเครียดของผู้ดูแล (2) ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น (3) ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยลงได้ และ (4 ) ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักว่าการดูแลที่บ้านเป็นที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับบุคคลอันเป็นที่รักแล้ว ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการช่วยเหลือควรดำเนินอย่างต่อเนื่องและมีทีมสุขภาพ เป็นหน่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน

## เอกสารอ้างอิง


1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2513-2550. [ออนไลน์] 2551 [1 พฤษภาคม 2551] ที่มา : http://service.nso.go.th/nso/graph/graph_file/graph/01_01.html

2. Beers,M.H. The Merck manual of medical information. 2 nd edition. Rahway, NJ : Merck & Co.,Inc. 2004b.

3. Rossor M.N., Bouchard R.W. Typical clinical feature.In: Gauthier, editor. Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease, 2nd ed. London : Martin Dunitz; 1999. p. 57-71.

4. Hawranik PG & Strain LA. Cognitive impairment, disruptive behaviors and home care utilization. Western journal of nursing research 2001Mar; 23(2):148-62.

5. Wick JY, Zanni GR. Sundowning : disruptive behavior with many cause. The Consultant Pharmacist 2005 Nov; 20(11):947-50.

6. Lawlor B. Managing behavioral and psychological symptoms in dementia. British Journal of Psychiatry 2002; 181:463-5.

7. Cunningham C. Understanding challenging behavior in patients with dementia. Nursing standard 2006 Aug; 20(47):42-5.

8. Finkel S. Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), International Journal of Geriatric Psychiatry 2000;15 Suppl.1:2-4.

9. BUPA Health Information Team. Dementia. [on line] 2007 [cited 2008 May 1] Availablefrom http://hcd2.bupa.co.uk/fact_sheets/html/Dementia.html#3

10. National Institute on Aging. Symptom of Alzheimer's disease fact sheet.[on line] 2008[cited 2008 April 20] Available from http://www.nia.nih.gov/alzheimersInformation/Symptoms./

11. Black S.E. Vascular dementia : Stroke risk and sequelae define therapeutic approach. Postgraduate Medicine. [on line]2008 [cited2008 May 1] ; 117 (1)Available from http://www.postgradmed.com/issues/2005/01_05/black.shtml

12. Jellinger KA. A critical reappraisal of current staging of Lewy body-related pathology in human brain. Acta neuropathologica 2008 Jul; 116(1):1-16.

13. Beers M.H. The Merck manual of health & aging. Rahway, NJ: Merck & Co.,Inc. 2004a.

14. Poewe W. When a Parkinson's disease patient starts to hallucinate. Practical neurology 2008 Aug; 8(4):238-41.

15. Snowden JS, Austin NA, Sembi S, Thompson JC, Craufurd D, Neary D. Emotion recognition in Huntington's disease and frontotemporal dementia. Neuropsychologia 2008; 46(11):2638-49.

16. Kolanowski A.M., Litaker M., &Buettner l. Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. Nursing Research 2005; 54:219-228.

17. Patricia M & Hendryx B. Alzheimer's dementia coping with communication decline. Journal of Gerontological Nursing 2000; 26(8):20-4.

18. Smith M., & Buckwalter K. Behaviors associated with dementia. American Journal of Nursing 2005; 105(7):40-52.

19. Bartol A. Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease. Journal of Gerontological Nursing 1991; 5 (4):21-31.

20. Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uriri JT, o"Sullivan P, Walls R, et al. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. Nursing Research 2002Jul-Aug; 51(4):219-28.

21. Yuhas N., McGrowan B., Fontaine T., Czech J., &Jones J.G. Psychosocial interventions for Disruptive Symptoms of Dementia . Journal of Psychosocial Nursing 2006; 44 (11):34-42.

22. Imamura T, Hirono N, Hashimoto M, Kazui H, Tanimukai S, Hanihara T, et al. Fall-related injuries in dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease. Journal of neurology 2000 Jan; 7(1):77-9.

23. Cohen-Mansfield J, Creedon MA, Malone T, Parpura-Gill A, Dakheel-Ali M, Heasly C. Dressing of cognitively impaired nursing home residents: description and analysis. The Gerontologist 2006 Feb; 46(1):89-96.

24. Lubinski R. Environmental considerations for elderly patients. Philadephia:B.C Decker;2001.

25. Gotell E, Brown S, Ekman SL. Influence of caregiver singing and background music on posture,movement and sensory awareness in dementia

care. International psychogeriatrics 2003 Dec; 15(4):411-30.

26. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. International journal of geriatric psychiatry 2008 Mar 27. (3):89-92.

27. Stevens F, Phillips R, Baldwin B, Walls R. Do caregiver management strategies influence Patient behaviour in dementia? International Journal of Geriatric Psychiatry [on line]2004 [cited 2008 May 10] ;19(1).Available from http://www.cnsforum.com/commenteditem/