

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

The Nurse's Roles in Caring for Older Persons with Dementia

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

พรพิกตร์ ชมกลาง, ป.พ.ส.²

Pronpak Chomklang, Dip in Nursing Science²

Received: September 10, 2020 Revised: November 15, 2020 Accepted: December 2, 2020

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับผลกระทบทางสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวันจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นกุญแจสำคัญในการนำมาซึ่งการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสังเกต ประเมิน และรายงานอาการที่เป็นสัญญาณของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนให้การสนับสนุนผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงสามารถทำกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการกับผลกระทบ ร่วมกับการเสนอวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงการสนทนาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ บทบาทพยาบาล

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Registered Nurse, Senior Professional Level, Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: kotchakotn@knc.ac.th

Abstract

Dementia is one of the major health problems for elderly around the world including Thailand. Older persons with dementia have both physical and mental health effects, including some problems in their activities of daily living up to disability in self-care and need for caregivers. Therefore, the diagnosis of dementia in older persons is the key guide for appropriate medical care. Nurses are healthcare providers who play an important role in the observation, evaluation and reporting signs of dementia in older persons, caring for older persons with dementia, and supporting caregivers in their promoting health conditions for the quality of life in older persons. This is because nurses are likely to have established a therapeutic relationship with older persons with dementia and their families. Therefore, nurses perform health assessment activities, assess the knowledge and understanding of care and impact management. In addition, nurses offer the appropriate approaches of caring for older persons with dementia and their families, as well as provide an effective conversation to reduce anxiety when they face the problems.

Keywords: Dementia, Older person, Nurse's role

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการของภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมองด้านเชาวน์ปัญญา (cognitive function) และด้านสติปัญญา (intellectual function) ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการจำ การรับรู้ การรู้จัก จินตนาการ การคิดคำนวณ การใช้ภาษา การตัดสินใจ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ แรงจูงใจ พฤติกรรม ความสามารถทางกาย จนรบกวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (ัชชาวล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; สิริกุล การุณเจริณูพาณิชย์, 2558) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่ใช่เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) รายงานว่า

ทั่วโลกพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 50 ล้านคน และทุกปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคน โดยโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบมากที่สุดถึงร้อยละ 60-70 ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาในผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะของครอบครัวหรือผู้ดูแล เช่น การจัดการกิจวัตรประจำวัน การจัดการหรือป้องกันอาการที่ไม่พึงประสงค์ การพาไปตรวจตามนัด (รัชชัชย เสีนสมบัติ, ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, และอารีวรรณ อ่วมตานี, 2561) และยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างทั้งผลกระทบจากค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือทางสังคม รวมทั้งค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน และผลกระทบทาง

สังคมอื่น ๆ ที่ยากแก่การประเมินเป็นตัวเลขในความเป็นจริง (Prince et al., 2015) โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนกว่า 6 แสนคน มีภาวะสมองเสื่อม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) หรือพบได้ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุ โดยมีความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.20 และ 6.80 ตามลำดับ) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ กลุ่มอายุ 60–69 ปี พบร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70–79 ปี พบร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 22.60 (วิชัย เอกพลากร, 2559) และมีรายงานบางส่วนที่มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 34.77 โดยมีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงร้อยละ 17.84 และมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 17.08 นอกจากนี้ยังพบว่ามีคะแนนสมรรถภาพของสมองในระดับน้อยในด้านความใส่ใจ ด้านการคำนวณ ด้านการระลึกได้ ด้านการลอกเลียน ด้านการเขียน และด้านการจำภาพ โครงสร้างด้วยตา (อุไร ยิ้มแย้ม และฉวีณี แยมสกุล, 2556) จากการคาดการณ์อย่างไม่เป็นทางการของชมรมเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลเชิงลึกแห่งประเทศไทย (2562) รายงานว่าจะพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า (1 ล้าน 2 แสนคน ในปี 2582) สัมพันธ์กับอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้ว่า ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งแหล่งบริการสุขภาพและชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวทางการประเมินภาวะสมองเสื่อม ปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้อ่านนำไปปรับ

ใช้ในการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการประเมินภาวะสมองเสื่อม

การตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง อย่างไรก็ตาม พยาบาลสามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมจากอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนมากได้ นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมที่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อคัดกรองและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษา โดยมีหัวข้อการประเมิน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (orientation) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) การระลึกได้ (recall) และความตั้งใจ (attention) (ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, 2557)

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม TMSE (Thai Mental State Examinations) เป็นแบบการตรวจสอบสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ และอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน (ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, 2557)

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) เป็นการประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ

ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปภาพ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

4. แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (Dementia Screening Test for Thai Elderly [DST]) เป็นแบบคัดกรองที่มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ในการค้นหาผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย การทดสอบย่อย 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถในการทวนคำในภายหลัง จำนวน 3 คำ การให้วาดเข็มนาฬิกาบอกตำแหน่งเวลาบนหน้าปัดนาฬิกา และการให้ลบเลข (ริติพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ, 2560)

5. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Mini Cog เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งพยาบาลสามารถแนะนำให้ประชาชนหรือ อสม. ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ประกอบด้วย การประเมิน 3 การทดสอบ ได้แก่ ความจำระยะสั้นประเภท immediate recall memory การตรวจสมาธิ (concentration) และความจำระยะสั้นประเภท recent recall memory (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2557)

6. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม IQ code ฉบับย่อ เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ ซึ่งใช้สอบถามข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสาร (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

7. แบบประเมิน NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ซึ่งถามถึงพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ได้แก่ ความคิดหลงผิด

(delusions) ประสาทหลอน (hallucination) กระสับกระส่าย (agitation) /ก้าวร้าว (aggression) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) รู้สึกสบายใจมากกว่าปกติ (euphoria) อารมณ์ครื้นเครง (elation) ไร้อารมณ์ (apathy) พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (irritability) พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ (aberrant motor behavior) รุนวายในช่วงกลางคืน (night-time disturbances) และการกินหรือหิวผิดปกติ (appetite eating disturbances) (ชนิษฐา ตียะพาณิชย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, และจิรภา แจ่มไพบูลย์, 2561)

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ได้เสนอแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ว่าควรได้รับการตรวจประเมินด้านการรู้คิด (cognition) อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยใช้ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 ประเมินทุกคน (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557) ทั้งนี้ พยาบาลควรประเมินปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลหรือให้การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละคนต่อไป

ปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมมิได้ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลอีกด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่สังเกตได้เล็กน้อยจนถึงมาก และทำให้เกิดปัญหาแตกต่างกันตามระยะของโรค ดังนี้ (ชัชวาล วงศ์สารี และ

ศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558; Reed-Guy, 2018)

1. ระยะก่อนสมองเสื่อม (pre-dementia) อาจพบปัญหาความพร้อมทางการเรียนรู้และความจำเล็กน้อย (mild cognitive impairment [MCI]) เป็นอาการเด่น โดยเฉพาะความจำระยะสั้น สังเกตได้จากคนที่ผู้สูงอายุจะพูดซ้ำๆ ระหว่างการสนทนา หลงลืมง่าย เช่น ลืมการนัดหมาย ไม่สามารถจดจำข้อมูลที่เพิ่งเรียนรู้ไป ไม่สามารถรับข้อมูลใหม่ได้ อาจมีการหลงลืมบ่อยครั้ง อาจพบภาวะไร้อารมณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษาหรือการพูด อาจพบลักษณะไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องและเหมาะสมในการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (anomia) จึงใช้วิธีอธิบายเป็นประโยคเพื่อบรรยายลักษณะแทน เช่น นึกคำว่า “กุญแจ” ไม่ได้ จึงพูดว่า “อันที่เป็นพวงๆ ใช้เปิดบ้าน” หรือใช้วิธีบอกสีสิ่งของนั้นแทน ในระยะนี้อาจพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) กับภาวะการเจ็บป่วยของตนในระดับปานกลางจนถึงระดับมาก ร้อยละ 7 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 90 รู้สึกเป็นตราบาปในระดับเล็กน้อย (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

2. ระยะรุนแรงเล็กน้อย (mild dementia) อยู่ในช่วง 3-5 ปี ของภาวะสมองเสื่อม มักพบอาการหลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ลืมตำแหน่งที่วางสิ่งของ นึกถึงสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ นึกชื่อบุคคลที่เคยรู้จักไม่ได้ ในขณะที่ความจำในอดีตยังคงดีอยู่ อาจมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ยังคงมีการตัดสินใจค่อนข้างดี มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เช่น เจ็บเฉยหรือแยกตัว อาจพบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มักมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่ลดลง อาจทำให้มีอาการหงุดหงิดง่ายหรืออารมณ์แปรปรวนอย่างรวดเร็วโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน บางคนอาจรู้สึกกลัวการถูกทอดทิ้ง

โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย อาจมีการหลงทางหรือวางสิ่งของผิดที่ เนื่องจากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทิศทางเวลา (disorientation) มีพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับเวลา เช่น มีพฤติกรรมกลับการตื่นเปลี่ยนแปลง

3. ระยะปานกลาง (moderate dementia) อยู่ในช่วง 5-7 ปี ของภาวะสมองเสื่อม มีการสูญเสียความคิดเชิงนามธรรม (abstraction/ abstract thinking) และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ (poor judgement) ซึ่งเป็นการสูญเสียกระบวนการคัดแยกคุณลักษณะที่สำคัญออกจากรายละเอียดปลีกย่อยในสิ่งที่พิจารณาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอ โดยผู้สูงอายุจะสูญเสียความคิดรวบยอด (concept formation) ที่จะนำไปใช้ในการเข้าใจสิ่งต่างๆ (generalization) อาจพบการสูญเสียความคิดเชิงเปรียบเทียบ (differentiation) และความสามารถในการคิดเหตุผลเชิงตรรกะ (logical reasoning) ทำให้มีความบกพร่องในความคิดเชิงความสัมพันธ์ ความเข้าใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ การวางแผน และการยืดหยุ่น เช่น การตัดสินใจปลุกต้นไม้โดยการโค่นต้นไม้ที่สมบูรณ์เพื่อปลุกต้นไม้ใหม่ มีความยากลำบากในการจัดการด้านการเงิน หรือนำทรัพย์สินไปบริจาคจำนวนมากอย่างไม่สมเหตุผล มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดระเบียบหรือการแสดงความคิดเห็น ทำอาหารไม่ได้ คำนวนง่าย ๆ ไม่ได้ไม่สามารถใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่เคยใช้มาก่อน สูญเสียความจำมากขึ้น รวมทั้งสูญเสียความจำในอดีต ลืมชื่อบุคคลในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อาจพบลักษณะการเรียกชื่อสัตว์/สิ่งของผิด (agnosia) เช่น เรียกแมวว่าหมา เรียกโต๊ะว่าเก้าอี้ จนอาจมีพฤติกรรมใช้สิ่งของที่ตนเรียกตามความเข้าใจ เช่น ใช้หม้อแทนแก้วน้ำ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

และพฤติกรรม เช่น เปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ ในเวลากลางวัน กระสับกระส่ายในเวลากลางคืน มีลักษณะตื่นเต้นและสงสัยในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง อาจพบว่ามีอารมณ์เฉยเมย ไม่ตอบสนองทางอารมณ์ ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัว หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย บางคนอาจทำร้ายบุคคลในครอบครัวเมื่อถูกขัดใจ อาจคิดหมกมุ่นวนเวียนกับเรื่องเดิมซ้ำ ๆ หรือบ่นเรื่องสุขภาพของตนเอง และพบว่ามีความซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 30 (Kitching, 2015) บางคนอาจสูญเสียความอยากอาหาร หรือลืมว่าหิว จนไม่ได้รับประทานอาหาร ใช้ห้องน้ำไม่เป็น ทำให้ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะเลอะเทอะ ไม่เป็นที่ อาจพบอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-73 โดยเฉพาะชนิดหวาดระแวง (paranoid delusion) เช่น เชื่อว่ามีคนมาขโมยของ มีคนอื่นมาปลอมเป็นคนที่ตัวเองรู้จัก ส่วนอาการประสาทหลอนพบได้ร้อยละ 31-41 เช่น ประสาทหลอนทางการมองเห็น (visual hallucination) ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา (Fischer, 2004; Wilson, Gilley, Bennett, Beckett, & Evans, 2000)

4. ภาวะรุนแรง (severe dementia) หรือระยะสุดท้าย (advanced dementia) อยู่ในช่วง 7-10 ปี ของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยจะสูญเสียความทรงจำเก่า ๆ รวมทั้งไม่สามารถจำบุคคลในครอบครัวได้ หรือแม้แต่ชื่อของตนเอง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร บางคนสื่อสารความต้องการไม่ได้ (aphasia) แต่ยังสามารถเข้าใจคำพูดของกลุ่มสนทนาและมีการตอบสนองด้วยการแสดงอารมณ์ บางคนอาจพูดตามคำหรือคำถามที่ได้ยิน แทนการตอบคำถาม (echolalia) เมื่อสนทนา

ด้วย เนื่องจากไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน และหากมีอาการมากขึ้นจะพบการพูดซ้ำตามเป็นคำ ๆ (parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกซ้ำ ๆ (logoclonia) ทักษะทางภาษาจะลดลง เหลือเพียงการพูดวลีง่าย ๆ หรือพูดเป็นคำ ๆ จนถึงไม่สามารถพูดได้เลย อาจพบพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะที่ส่วนใหญ่มักแสดงออกถึงภาวะไร้อารมณ์มากกว่า ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หากขาดผู้ช่วยเหลือ จนถึงขั้นไม่สามารถปฏิบัติได้เลย การเคลื่อนไหวลดลงอย่างมากจนถึงนอนนิ่งอยู่เฉย ๆ ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย คือ อาการปวด อาการหายใจลำบาก และเสียชีวิตในที่สุด

ปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล

การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกายร้อยละ 1.50 นับเป็นอันดับ 2 รองจากด้านเวลา (ร้อยละ 12.10) (พาวดี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลให้มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ มีปัญหาการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิต เต็งรัง, 2556) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (Brodaty & Donkin, 2009)

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านอารมณ์จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (พาวดี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556)

มีความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลาานาน (Cooper, Balamurali, & Livingston, 2007; Schulz et al., 2004) และการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้รู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม และรู้สึกโดดเดี่ยว (พาวูฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 15.90 (อนุวัศ ศศิภิญโญ, ปุณฺณทริก ศรีสวาท, และสมรภัษ สันติเบญจกุล, 2562) ผู้ดูแลบางคนอาจมีความรู้สึกผิดจากการมีปัญหาลักษณะที่สัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเหตุการณ์ทะเลาะหรือโต้เถียงกันด้วยอารมณ์โกรธ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอายุน้อยกว่าหรือเป็นบุตรหลาน (บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, และวพรพรรณ เสนาณรงค์, 2563) จึงรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบุพการีหรือผู้ที่ควรแสดงความเคารพนับถือ จาก การที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและบางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายหรือรู้สึกเป็นตราบาปในระดับเล็กน้อยเกือบร้อยละ 90 ส่วนร้อยละ 10 รู้สึกในระดับปานกลางถึงมาก (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

3. ด้านสังคม เศรษฐกิจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มักปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคมร้อยละ 2.10 (พาวูฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ในขณะที่บางคนอาจต้องออกจากงาน ส่งผลให้มีรายได้ลดลงหรืออาจเป็นหนี้เพิ่มขึ้น จากค่าใช้จ่ายในการดูแล นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวจากปัญหาทางการเงิน และการบริหารจัดการภาระการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Prince et al., 2015) ซึ่งอาจทำให้

รู้สึกเป็นภาระที่หนักปานกลางถึงมากได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแล (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน แต่ในแต่ละปีก็มีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลข้างต้น พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพนั้น ควรให้ความสำคัญกับทัศนคติและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, 2557; Jenkins, Ginesi, & Keenan, 2016; Jurczak, Porzych, & Polak-Szabela, 2014)

1. ตระหนักถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การสังเกตและการรายงานอาการที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมให้ได้โดยเร็ว เพื่อนำไปสู่ทางเลือกในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงผลกระทบและปัญหาที่อาจพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ปัญหาการสูญเสียความทรงจำ ต้องไม่บังคับให้จดจำ เพราะจะไม่เกิดผลดี แต่ควรแนะนำให้ใช้สิ่งกระตุ้นเตือนความจำด้วยไออาร์หรือสมุดบันทึก เพื่อบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้รูปภาพ คำศัพท์ นาฬิกา และปฏิทินอัตโนมัติ ในระยะ

แรก ๆ อาจส่งเสริมให้ทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยการฝึกเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่เคยทำ เช่น ทำอาหารสูตรใหม่ด้วยตนเอง การไปท่องเที่ยวในสถานที่ใหม่ ๆ กับครอบครัว การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกเดินพร้อมแกว่งแขนในยามเช้า ซึ่งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ นั้น ควรมีการพูดคุยเป็นระยะ มีการอธิบายสั้น ๆ ให้ทราบว่ากำลังทำอะไร

ในกระบวนการประเมินอาการอาจมีความซับซ้อน เนื่องจากบางปัญหาอาจทำให้เข้าใจว่าเป็นความผิดปกติที่พบโดยทั่วไปในผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกเหงา การไม่อยากอาหาร การมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะแรกนั้น อาจใช้กิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลาย พร้อมทั้งกระตุ้นการทำงานของสมอง ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจและร่วมหาทางแก้ปัญหากับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในขณะที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่ใช่ อารมณ์ การชักประวัติและการประเมินปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ควรทำอย่างสม่ำเสมอ การเข้ารับคำปรึกษาจากจิตแพทย์มีความจำเป็นในกรณีที่รบกวนกิจวัตรประจำวันและก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ดูแล

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่ควรคำนึงถึง คือ การรู้สึกเป็นตราบบากับการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในระยะแรกของการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องประเมินการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยดังกล่าวของผู้สูงอายุ ว่ารับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร รู้สึกอย่างไร วิตกกังวลในเรื่องใดหรือไม่ คิดว่าจะรับมือกับภาวะนี้อย่างไร จะบอกคนใกล้ชิดว่ามีภาวะนี้หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การช่วยเหลือ

ด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการปรับมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยในทางบวก

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาและผลข้างเคียงให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการแนะนำถึงแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมทั้งที่เป็นตัวบุคคลหรือสื่อออนไลน์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสืบค้นหรือซักถามเมื่อมีข้อสงสัยในการใช้ยา พยาบาลควรคำนึงว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการใช้ยา เนื่องจากความจำระยะสั้นไม่ดี ซึ่งหมายความว่า เขาอาจลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาซ้ำโดยไม่ได้ตั้งใจ ดังนั้น การขอยาที่เหลืออยู่อาจช่วยในการประเมินปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อป้องกันปัญหาในการใช้ยา พยาบาลควรหาวิธีการจัดยาพร้อมกับผู้ดูแล มีการจัดการให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปลอดภัย มีการตรวจสอบยาที่รับประทานอย่างถูกต้อง และมีการสังเกตผลข้างเคียงต่างๆ รวมทั้งดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุขาดยาในกรณีที่เป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมบางคนอาจปฏิเสธการใช้ยา พยาบาลควรร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร รวมทั้งผู้ดูแล เพื่อหาทางเลือกที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจมีการตัดสินใจในการใช้ยาอย่างซอ้นเร้น เช่น การนำไปใส่ในอาหารหรือเครื่องดื่ม ทั้งนี้ควรทำภายใต้การดูแลของเภสัชกร เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา

3. บทบาทการดูแลด้านสุขภาพ พยาบาลควรร่วมมือกับผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร โดยควรคำนึงถึง

ความปลอดภัยและระบะการเจ็บป่วย เช่น ในกรณี
ที่ผู้สูงอายุมีปัญหาการสูญเสียความคิดเชิงนามธรรม
และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ พยาบาล
ต้องไม่ตำหนิ แต่ควรใจเย็น รับฟังความคิดเห็นของ
เขาอย่างตั้งใจ คำนหาความต้องการจากการแสดง
อารมณ์หรือพฤติกรรม แล้วให้การช่วยเหลือใน
การทำกิจกรรมต่างๆ หรือหาทางลดปัญหาที่เกิด
จากการตัดสินใจที่ไม่สมเหตุผลนั้น โดยหลีกเลี่ยง
การโต้แย้ง เปิดโอกาสให้ช่วยเหลือตนเองหรือร่วม
ตัดสินใจในการทำจวัตรประจำวันหรือกิจกรรม
ต่างๆ เช่น การแต่งตัว การเลือกเมนูอาหาร การเลือก
ลำดับการทำกิจกรรม ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
การรับรู้ทิศทาง เวลา ควรมีการจัดตารางกิจกรรม
ร่วมกับการใช้นาฬิกาบอกเวลา จะช่วยให้การทำ
กิจวัตรประจำวันดำเนินไปได้ ควรจัดให้มีคนดูแล
ไม่ปล่อยให้ไปไหนคนเดียว และมีการแนะนำสถานที่
บ่อยๆ เพื่อลดปัญหาการหลงทาง ทั้งนี้อาจต้องมี
เอกสารแสดงตัวตนติดตัวไว้เสมอ เช่น ป้ายข้อมือ
ป้ายห้อยคอ ที่บ่งบอกว่าผู้สูงอายุเป็นใคร หาก
พบเห็นสามารถติดต่อใคร อย่างไร

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัญหาทางกาย
เช่น มีอาการเจ็บปวดของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย
แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ พยาบาลอาจทำการประเมิน
ความเจ็บปวดได้ยาก แต่สามารถสังเกตได้จาก
พฤติกรรมบางประการ เช่น การตะโกน การทำ
สีหน้าบูดบึ้ง หน้ามึนวิ้งขมวด การส่งเสียงบ่นพึมพำ
การกัดฟัน การสะดุ้ง น้ำตาไหล ดังนั้น หากสงสัยว่า
ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด ควรปรึกษาแพทย์ถึงสาเหตุ
และการให้ยาระงับปวด สำหรับการประเมินอาการ
เจ็บปวดในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาใน
การสื่อสารนั้น อาจต้องอาศัยวิธีการประเมิน
ความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม เช่น การใช้
แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมอง
เสื่อม (Pain Assessment in Advanced Dementia

[PAINAD])

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจพบ
ปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านโภชนาการ
สุขภาพในช่องปาก การเคี้ยว การกลืน เสี่ยงต่อ
การเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้น พยาบาลควรทำการประเมิน
ปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ หากพบปัญหา
เหล่านี้ ควรจัดให้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
เฉพาะด้าน

สำหรับปัญหาทางจิตที่อาจพบในผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ความผิดปกติของความคิด
และการรับรู้ ในกรณีนี้ การเข้ารับคำปรึกษาจาก
จิตแพทย์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษา จะช่วย
ป้องกันอันตรายต่อผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิดได้

4. ทักษะการดูแลและการสื่อสาร เป็นที่ทราบ
กันว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเกี่ยวกับ
การใช้ภาษา พยาบาลพึงระลึกว่า แม้ว่าบุคคลนั้น
จะไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ แต่พวกเขายัง
สามารถแสดงความต้องการและอารมณ์ได้ด้วยวิธี
อื่น พวกเขาอาจใช้พฤติกรรมการแสดงออกทาง
สีหน้า ท่าทาง และเสียง เพื่อสื่อสารว่าพวกเขารู้สึก
อย่างไรและต้องการอะไร ดังนั้น พยาบาลควรคำนึง
ถึงความต้องการและภูมิหลังของบุคคลด้วยเสมอ
เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้
อย่างเหมาะสม เมื่อจะทำการประเมินอะไรให้ก็ควรอธิบาย
สั้นๆ เข้าใจง่าย ใ้เวลาในการทำความเข้าใจก่อน
ลงมือทำเสมอ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนับ
เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ดังนั้น การสื่อสาร
ที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้าน
กิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลความปลอดภัย ด้าน
การส่งเสริมสุขภาพจิต และด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม
พยาบาลจึงควรมีการสื่อสารและทำที่ที่อบอุ่น อ่อนโยน
อ่อนน้อม ไม่คุกคามหรือโต้เถียง โดยคำนึงถึงการมี
ส่วนร่วมและคุณค่าของบุคคล ในขณะที่สนทนาควร

อยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย มีการสบตา ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลแต่ฟังได้ชัดเจน พูดช้าๆ ด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ใช่ประโยคที่ยาวหรือซับซ้อนเกินไป อาจต้องพูดซ้ำหรือปรับคำพูดให้เข้าใจ ไม่ควรออกคำสั่ง แต่ใช้ประโยคเชิญชวนแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ควรให้ผู้ป่วยสวมแว่นและเครื่องช่วยฟังก่อนเริ่มการสนทนา (ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์, 2558)

5. การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสร้างความรู้สึกเป็นมิตรเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่มีการมองเห็นเสื่อม โดยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม หมายถึง สภาพทางกายภาพ เช่น มีแสงสว่างที่พอเหมาะ มีพื้นผิวที่สะอาด ไม่ลื่น มีการใช้สีตัดกันเพื่อแยกความแตกต่างระหว่างประตูกับพื้นหรือพื้นที่ส่วนอื่น ไม่มีเสียงรบกวน มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือ มีการเก็บสิ่งของที่เปื้อนอันตรายเป็นไว้ในที่มิดชิด ทั้งนี้ บรรยากาศและสิ่งแวดลอมเดิม ๆ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมปรับตัวได้ง่าย โดยเฉพาะในระยะเวลาที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่ควรย้ายเฟอร์นิเจอร์หรือย้ายที่อยู่อาศัย เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสับสนมากขึ้น หากจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ให้คงสิ่งของที่คุ้นเคยไว้ เช่น ภาพคนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

นอกจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพแล้ว การจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมก็มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมอย่างยิ่ง เนื่องจากมักมีปัญหาการถอนตัวจากงานหรือกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสังเกตได้จากการลดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนอาจกลายเป็นคนเฉื่อยชา นั่งดูทีวีเป็นเวลานานหลายชั่วโมง นอนหลับมากกว่าปกติ หรือหมดความสนใจในการทำงานอดิเรก ดังนั้น การสนทนากับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ การแสดงความชื่นชม ยอมรับ และการกระตุ้นให้ร่วมกิจกรรม

กับคนในครอบครัว จะลดปัญหาเหล่านี้ได้ สำหรับในหอผู้ป่วย สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทางสังคม การทำกิจกรรมประจำวัน และการแสดงออกที่เหมาะสม ด้วยกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การปลูกต้นไม้ เป็นต้น (สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิวาวัน คำบรรลือ, 2561)

6. การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม ตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมและการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนตารางชีวิต การจัดสรรเวลาในการดูแลกับการประกอบอาชีพและการร่วมกิจกรรมทางสังคมของตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีคิด การเข้าใจถึงอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การยอมรับ ทำใจและปล่อยวางได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม ซึ่งแบ่งตามระยะของภาวะมองเห็นเสื่อม ดังนี้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2557; พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2561)

1) ระยะก่อนมองเห็นเสื่อม พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง การดำเนินของโรค การรักษา ยาที่ใช้ การดูแลในกรณีที่พบผลข้างเคียงของยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม เพื่อชะลอภาวะมองเห็นเสื่อม และการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการฝึกความจำ การกระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือสถานการณ์จากหนังสือพิมพ์หรือบุคคล การเล่นเกม การฟังเพลงที่คุ้นเคย การสวดมนต์ การทำงาน

อดิเรก ทั้งนี้ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นภาวะที่อาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ หรือรวดเร็วแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาการและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุมิได้เกิดจากการแกล้งทำหรือคือสิ่งต่อต้าน แต่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับความทรงจำ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ สนับสนุนผู้สูงอายุ โดยการเตือนหรือแนะนำเกี่ยวกับชื่อบุคคล สิ่งของ วันเวลา สถานที่ หรือคำพูด (Jurczak, Porzych, & Polak-Szabela, 2014)

2) ระยะเวลาสั้นๆ พยาบาลควรเพิ่มการแนะนำให้เตรียมผู้ดูแลหลัก หากเป็นไปได้ควรมีผู้ดูแลรองด้วย เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซับซ้อน และยาวนาน ดังนั้น การมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถหาเวลาพักผ่อนและดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ดูแลยังคงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมสุขภาพจิต มีการเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ตลอดจนการช่วยเหลือให้เข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับ เช่น สิทธิคนพิการ สิทธิเบี้ยยังชีพคนพิการ สิทธิประโยชน์ด้านการดูแล รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค ปัญหา และแนวทางการดูแล เช่น ปัญหาเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ซึ่งสามารถชะลอปัญหาได้ด้วยการที่ผู้ดูแลต้องมีการสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ใช้การสื่อสารแรงจูงใจ การชื่นชม และการให้รางวัล เมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจแทนการโต้เถียงหรือตำหนิเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะเวลาปานกลาง พยาบาลควรให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี โดย

กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แนะนำการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลในกรณีที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ และควรประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป ความเครียด ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

4) ระยะเวลาหรือระยะสุดท้าย พยาบาลควรเพิ่มการให้ความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี เน้นการให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ การป้องกันการติดเชื้อ การประเมินและการจัดการความเจ็บปวด การกินและการกลืน รวมทั้งควรมีการประเมินและวางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตาย (good death) ตามความเชื่อของผู้สูงอายุและญาติ และให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม ตลอดจนประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป ความเครียด ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

7. บทบาทการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลมีความใกล้ชิดและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ จึงมีบทบาทสำคัญในการประสานขอความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการติดต่อแต่ละกรณี เช่น แพทย์ทำหน้าที่ประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

เกดซ์กรทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา นักกายภาพบำบัดทำหน้าที่ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือ นักกิจกรรมบำบัดทำหน้าที่ออกแบบกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะเพื่อชดเชยการรับรู้ที่เสื่อมถอยไป ออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาความจำ การรับรู้สภาพความเป็นจริง และจัดโปรแกรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ประเมินความต้องการ การสนับสนุนในการดูแล และประสานกับหน่วยบริการอื่น นักจิตวิทยาทำหน้าที่ให้การดูแลเพื่อปรับปรุงอารมณ์และให้คำปรึกษา ส่วนพยาบาลสุขภาพจิต ชุมชนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนและติดตามประเมินความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

8. บทบาทในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นการพยาบาลในกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละบริบทของสถานบริการ มีความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การทบทวนปัญหา สถานการณ์ และความต้องการ การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ และญาติ ในการวางแผน และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่องและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (สนธยา มณีรัตน์ และสุมณฑา บุญชัย, 2558)

สรุป

ประเทศไทยนับวันจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพหนึ่งที่สำคัญ คือ ภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้โดยเร็วจะช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือและการรักษาอย่างเหมาะสม รวมทั้งชะลอปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดงทั้งจากการสังเกต และการสัมภาษณ์ โดยเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสม ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นได้ ทั้งนี้ พยาบาลควรเข้าใจปัญหาและผลกระทบที่อาจพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แม้ว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในความดูแลของครอบครัว แต่เมื่อโรคดำเนินไประยะหนึ่ง อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย ทั้งนี้ พยาบาลต้องมีความอดทน เอาใจใส่ และมีความไวต่อปฏิกริยาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ด้วยการมีทักษะการฟัง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่ช่วยให้ค้นหาความต้องการในการรับความช่วยเหลือ ตลอดจนหาแนวทางการพัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2557).

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับผู้ดูแล. สืบค้นจาก <http://online.pubhtml5.com/gxnm/oati/>

- ชัชวาล ดียะพานิชย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, และจิรภา แจ่มไพบูลย์. (2561). ความชุกและความเสี่ยงในการล้มในผู้ที่มีภาวะพุทพธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(5), 799–813. สืบค้นจาก http://clmjourn.org/_fileupload/journal/452-2-6.pdf
- ชมรมเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลเชิงลึกแห่งประเทศไทย. (2562). *ประเทศไทย พร้อมหรือยัง? ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพิ่มจำนวนต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจ ขาดแพทย์ วิกฤติชาติ*. สืบค้นจาก <https://public.tableau.com/profile/maxnadul#!/vizhome/TDJ-health/Section-1>
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43–44), 166–179. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/146873>
- ธนุวัศ ศศิภิญโญ, ปุณชกร ศรีสวาท, และสมรภัทร์ สันติเบญจกุล. (2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(2), 177–189. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/Asus/Downloads/167312-Article%20Text-500282-1-10-20190307.pdf>
- ทัศนีย์ ตันดิถุทธศักดิ์. (บ.ก.). (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/data/academic/57dementia.pdf>
- รัชชชัย เตือนสมบัติ, ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 233–241. สืบค้นจาก <http://www.bcnu.ac.th/research/attachments/documents/2561/2561-7.pdf>
- ธิตินันท์ ธานีรัตน์, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, บุญลือ เพ็ชรรักรักษ์, ปิยนุช กิมเสาว์, ขวัญชนก หงษ์ชูเกียรติ, และบุญธรรม ดิดวง. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(2), 177–186. สืบค้นจาก http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-2/09_Thitiphan.pdf
- นาถชนิกา อาทะวิมล, และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2561). การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(2), 223–237. สืบค้นจาก http://clmjourn.org/_fileupload/journal/406-5-10.pdf
- บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องลิริมาศ, และวพรรณ เสนาณรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 85–98. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/Asus/Downloads/209360-Article%20Text-832032-1-10-20200507.pdf>
- ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์. (2558). *การสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1196>

- ปีติพร สิริทิพากร. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 12-19. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/47072>
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2561). แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 27-35. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/nursing/ACNER/admin/file_doc/20191202092113.พัฒนศรี%20ศรีสุวรรณ
- พาวุฒิ เมฆวิชัย, และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110. สืบค้นจาก <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-1/09-Pawut.pdf>
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *รายงานผลการวิจัยเรื่อง ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สืบค้นจาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/eccae20356e5df62398430c430a17b43.pdf>
- ศิริกุล การณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำทนายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36148>
- สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิภาวัน คำบรรลือ. (2561). การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และจิตใจ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 1-9. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR/issue/download/12613/Vol12No2>
- สนธยา มณีรัตน์, และสุมณฑา บุญชัย. (2558). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 52-62. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/53508>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/49850.html>
- อุไร ยิ้มยิ้ม, และฉวีณี เข้มสกุล. (2556). การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของผู้สูงอายุในอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 9(1), 29-37. สืบค้นจาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/9-1-56.pdf

- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in clinical. *Neuroscience*, 11(2), 217–228. Retrieved from <http://europepmc.org/article/MED/19585957>
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 175–195. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/6789680>
- Fischer, C. (2004). Delusion in Alzheimer's disease: A literature review. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 7(1), 11–15. Retrieved from http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/april2004e/AD%20Review-April%202004.pdf
- Jenkins, C., Ginesi, L., & Keenan, B. (2016). The Nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing Times*, 112 (27/28), 20–23. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/306291423_
- Jurczak, W., Porzych, K., & Polak-Szabela, A. (2014). Nurse's role in taking care of a patient with Alzheimer's disease. *Medical and Biological Sciences*, 28(2), 5–10. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12775/MBS.2014.014>
- Kitching, D. (2015). Depression in dementia. *Australian Prescriber*, 38(6), 209–211. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674029/pdf/austprescr-38-209.pdf>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/281555306_
- Reed-Guy, L. (2018). *The stages of dementia*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/dementia/stages>
- Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA*, 292(8), 916–967. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15328328/>
- Wilson, R., Gilley, D., Bennett, D., Beckett, L., & Evans, D. (2000). Hallucination, delusions, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 69(2), 172–177. Retrieved from <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/69/2/172.full.pdf>

World Health Organization. (2019). *Dementia*.
Retrieved from [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/dementia](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia)
