



วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

บทบาทพยาบาลในการบำบัดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา THE NURSE'S ROLE IN THE NON-PHARMACOLOGICAL THERAPY OF PERSONS WITH DEMENTIA

จิรากร กันทับทิม

Jirakorn Kuntubtim

อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

Nursing Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, 10330, Thailand

Author E-mail: jirakorn.k@stin.ac.th

Received: May 24, 2022

Revised: December 11 2022

Accepted: December 22, 2022

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในความผิดปกติของระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการคิดรู้และสติปัญญาซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมอง อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นความท้าทายของพยาบาล บทความนี้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในแนวทางปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นบทบาทอิสระในขอบเขตของการพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะต่าง ๆ ของการบำบัด เพื่อเป็นแนวทางการดูแลต่อเนื่องอันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

คำสำคัญ : การบำบัดโดยไม่ใช้ยา, สมองเสื่อม, บทบาทพยาบาล

Abstract

Dementia represents one of the most common neurodegenerative disorders in older adults with acquired cognitive and intellectual impairments caused by brain dysfunction. The incidence of dementia increases with age. As Thailand is now a fully aging society, the number of dementia patients has increased accordingly. It is necessary to recognize the importance of caring for dementia patients as it is a challenge for nurses. This article looks at the nurse's role in evidence-based practice for the non-pharmacological therapy of people with dementia. This is an independent role within the scope of nursing in caring for people with dementia according to a holistic nursing process at

different stages of therapy. It acts as a guide for continuing care that affects the good quality of life of people with dementia and their families.

Keywords: non-pharmacological therapy, dementia, nurse's role

บทนำ

ปัจจุบันพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนมากขึ้นถึง 152 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (Alzheimer's Disease International, 2019) ประเทศไทยสำรวจพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั่วประเทศใน พ.ศ. 2562 จำนวน 628,800 คน พ.ศ. 2563 จำนวน 651,950 คน และ พ.ศ. 2564 จำนวน 680,000 คน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2022) แสดงให้เห็นแนวโน้มผู้มีภาวะสมองเสื่อมของไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแล (Lui, Chen, & Sun, 2017) ต้องการบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว อาสาสมัคร ตลอดจนคนในชุมชน (Sirikampeng, 2017) การบำบัดรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ตามสมการพยาบาลกำหนด โดยใช้กระบวนการพยาบาลช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะต่าง ๆ บทความนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อให้แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia/major neurocognitive disorder) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากความผิดปกติที่สมองทำงานด้อยลงจากเดิมส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางความรู้คิด การทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์จนมี

ผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น (Lui, Chen, & Sun, 2017; Surawan, 2017)

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ได้แบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อมไว้ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะต้น (early stage) พบอาการทั่วไปเล็กน้อย เช่น เริ่มหลงลืม สูญเสียความจำระยะสั้น ลืมสถานที่ที่คุ้นเคย
2. ระยะกลาง (middle stage) อาการจะเริ่มปรากฏชัดเจนมากขึ้น เริ่มหลงลืมชื่อคนและเหตุการณ์สำคัญ สับสน สื่อสารลำบาก พึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น พุดถามซ้ำ เดินไปไม่มีจุดหมาย
3. ระยะท้าย (late stage) ระยะนี้จะมีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างสมบูรณ์เนื่องจากเกิดความบกพร่องทางความรู้คิดและความสามารถทางกายอย่างชัดเจน ไม่ทราบวัน เวลา สถานที่และบุคคล ไม่เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น มีภาวะติดเตียง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ด่าทอ ก้าวร้าว ไม่รับประทานอาหาร

สาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาในปัจจุบันพบว่าภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลากหลายสาเหตุ ที่พบได้บ่อยมีดังนี้ (Charoensak, 2015; Muangpaisan, 2016)

1. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบได้บ่อยที่สุด มากถึงร้อยละ 60 – 70 ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทมากขึ้น การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป โดยพบการสะสมของโปรตีน β -amyloid นอกเซลล์ประสาทจนเกิดเป็น neurotic

plaque และพบ neurofibrillary tangle ซึ่งเกิดจากการสะสมของโปรตีน tau

2. โรคจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (major vascular neurocognitive disorder) พบได้ร้อยละ 10 – 20 ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

3. การเกิดแบบผสมระหว่างโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's disease with cerebrovascular disease) โดยผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติหรือความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ก่อน ดังนั้น ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จึงมักพบความผิดปกติของหลอดเลือดสมองด้วย

4. การสะสมของมวลเลวี (major neurocognitive disorder with lewy body) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทโดยพบการสะสมของมวลเลวีที่มีลักษณะรูปร่างกลมอยู่ในนิวเคลียสของเซลล์ประสาทพบมากในบริเวณเปลือกสมอง ส่งผลให้มีอาการด้านความจำ การรู้คิดบกพร่อง และอาการด้านอื่น เช่น อาการพาร์กินสัน

5. โรคสมองเสื่อมส่วนหน้า (major frontotemporal lobar neurocognitive disorder) เป็นการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ ส่งผลให้มีอาการด้านพฤติกรรมมากกว่าความจำ

6. การคั่งของน้ำในสมอง (normal pressure hydrocephalus) เมื่อปริมาณของน้ำในสมองเพิ่มมากขึ้นจนเกิดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ

7. โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาท โดยมักพบการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในระยะท้ายของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

8. สาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น การอักเสบติดเชื้อที่สมอง เนื้องอกในสมอง ภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ ความผิดปกติทางโภชนาการและเมแทบอลิซึม และการได้รับยาหรือสารบางชนิด เช่น ยากล่อมประสาท (Tranquilizer) หรือยาในกลุ่ม Anticholinergics (Anundilokrit, 2021)

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์และเครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะสมองเสื่อมที่นำมาใช้กับคนไทย มีดังนี้

1. การประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ใช้คำว่า Major Neurocognitive Disorders (NCD) แทนคำว่า Dementia โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1 มีความผิดปกติของความจำ

1.2 มีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ข้อได้แก่

1.2.1 การใช้ภาษา (Aphasia) เช่น นึกคำไม่ออก ความเข้าใจภาษาลดลง

1.2.2 ทักษะในการทำกิจกรรม (Apraxia) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่เคยทำได้ เช่น แปร่งฟัน แต่งตัว

1.2.3 การรับรู้สิ่งที่คุ้นเคยมาก่อน (Agnosia) เช่น ลืมบุคคลในครอบครัว เห็นสิ่งของแล้วไม่ทราบว่าคืออะไร ใช้อย่างไร

1.2.4 การบริหารจัดการ (Executive Function) มีความผิดปกติในการวางแผน การตัดสินใจ การจัดระบบ การเรียงลำดับ และความคิดแบบนามธรรม

1.3 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ ซึ่งไม่ได้อยู่ในช่วงของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และไม่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-Thai) เป็นการประเมินความสามารถของสมอง 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมมากในการใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Taameeyapradit et al., 1990)

3. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ใช้เวลาน้อย และสามารถประเมินการรู้คิดได้หลายด้าน ได้แก่ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด การคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Hemrungsrojn, 2011)

แนวทางการรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีความก้าวหน้าไปอย่างมากซึ่งเป้าหมายหลักของการรักษา คือ ชะลอความเสื่อม คงไว้ซึ่งความสามารถในด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้นานที่สุด รวมทั้งการดูแลสนับสนุนของญาติและผู้ดูแล เช่น การให้ความรู้ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม แนวทางการรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 2 แนวทาง ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา มีรายละเอียด ดังนี้ (Neurological Institute of Thailand, 2015)

1. การรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ยา (pharmacological treatment) การพิจารณาเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับสาเหตุ อาการและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม กรณีที่ไม่สามารถหาสาเหตุหรือแก้ไขได้ จะรักษาด้วยการเพิ่มปริมาณสารสื่อประสาทในสมอง โดยมีกลุ่มยาที่ใช้ ดังนี้

1.1 กลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChEIs) ออกฤทธิ์ยับยั้ง cholinesterase เพิ่มความสามารถในการรู้คิดและการใช้ชีวิตประจำวัน ใช้รักษาในผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ปัจจุบันนิยมใช้ 3 ชนิด ได้แก่ โดเนเพซิล (Donepezil) ริวาสติกมิน (Rivastigmine) และ กาแลนตามีน (Galantamine)

1.2 กลุ่ม N-methyl-D-aspartate receptor antagonist ที่ใช้กันปัจจุบัน คือ ยามีแมนทีน (Memantine) ออกฤทธิ์ยับยั้ง NMDA-receptor ช่วยทำให้แคลเซียมไหลกลับเข้าสู่เซลล์ ลดลง ชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง ช่วยเพิ่ม

ความจำและการเรียนรู้ ใช้รักษาในผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง

2. การบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) เป็นการดูแลที่จำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา อีกทั้งเป็นวิธีที่ปลอดภัยเนื่องจากไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา ช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD) เช่น ซึมเศร้า เดินไปมาไม่มีจุดหมาย ปัญหาการนอน กระวนกระวาย ก้าวร้าว (Berg-Weger & Stewart, 2017) นอกจากนี้ ยังช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Yue et al., 2022)

การบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention)

การบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา หมายถึง การรักษาอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อกระตุ้นความจำ สมาธิ การใช้กล้ามเนื้อ เพื่อรักษาระดับความสามารถไม่ให้แย่งลงหรือชดเชยความผิดปกติโดยไม่ใช้ยา (Charoensak, 2015; Muangpaisan, 2016; Lodha & Desousa, 2019; Meyer & O'Keefe, 2020)

รูปแบบของการบำบัดโดยไม่ใช้ยา

การบำบัดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีหลากหลายรูปแบบตามการแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Neurological Institute of Thailand, 2015)

1. การบำบัดที่เน้นการรู้คิด (Cognition-oriented) เพื่อให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมของตนเอง ส่งเสริมการรักษาความสามารถของระดับความจำที่มีอยู่ให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มีแนวทางการบำบัด ดังนี้

1.1 การฝึกการรู้คิด (cognitive training) จากการใช้เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน อาจเป็น การชักชวนพูดคุยในรูปแบบกลุ่ม รายเดี่ยว หรือ ครอบครัว เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การเล่นเกม การพูดคุย ซักถามในระหว่างให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน

1.2 การฝึกความจำ (memory training) เช่น การหลับตาทายสิ่งของ การจำรูปภาพ ร้องเพลง เป็นต้น การบำบัดวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมในระดับไม่รุนแรง มีความสามารถทางการมองเห็นและการได้ยินที่ปกติ ระยะเวลาในการฝึกไม่มากจนทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้เป็นการเน้นย้ำในเรื่องความจำซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความบกพร่อง

1.3 การฝึกทักษะต่าง ๆ (skill training) โดยการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ด้วยวิธีการง่าย ๆ เช่น เดินรำ ศิลปะ เล่นดนตรี การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น

2. การบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) ช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งกระตุ้นรอบตัว ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมและอารมณ์รวมทั้งความจำที่ดีขึ้น โดยมีแนวทางการบำบัด ดังนี้

2.1 การระลึกความหลัง (reminiscence therapy) เป็นการกระตุ้นให้ระลึกถึงความทรงจำที่ดีจากประสบการณ์ชีวิตในอดีต เช่น การชวนพูดคุยถึงชีวิตในแต่ละช่วงวัย เหตุการณ์สำคัญที่มีความสุข อาจทำเป็นรูปแบบกลุ่มที่มีญาติร่วมด้วย โดยใช้อุปกรณ์เป็นสื่อกลางนำไปสู่ความทรงจำในอดีต เช่น รูปภาพ สิ่งของ

2.2 การหาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ (validation therapy) จากการทำความเข้าใจพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความหมายแฝงจากปมขัดแย้งในอดีตที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข และช่วยสื่อสารเพื่อบรรเทาความทุกข์ ความวิตกกังวลลงได้ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การพูดคุยด้วยคำพูดที่ชัดเจน

แสดงออกถึงความเข้าใจเหมือนกระจกสะท้อนให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมแสดงออกโดยไม่มีการตำหนิหรือคุกคามผู้ป่วย (Abraha et al., 2017)

3. การบำบัดที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) โดยการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ นันทนาการ (recreation therapy) ตามความเหมาะสมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การเล่นเกม (games) งานประดิษฐ์ (craft) ศิลปะบำบัด (art therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) สุนัขบำบัด (aroma therapy) การบำบัดด้วยแสง (bright light therapy) การจัดตารางประจำวันของตนเอง หรือกิจกรรมที่มีรูปแบบการกระตุ้นผสมผสาน (multi-modal activation therapy) ในการกระตุ้นทางด้านร่างกาย การรู้คิด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. การบำบัดที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) จากการทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมดูเป็นตัวอย่าง และเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การให้แรงเสริมทางบวกเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การให้รางวัล การพูดชื่นชม

5. การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี การบำบัดผู้ดูแลอาจใช้เวลาแก่ผู้ดูแลในการพักผ่อน การให้คำปรึกษาในการดูแล การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา (psychotherapy) หรือการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกร่วมกัน

ข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยไม่ใช้ยามีรูปแบบที่หลากหลาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสิ่งเหล่านี้ช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (Berg-Weger & Stewart, 2017) โดยเฉพาะปัญหาการเดินเร่ร่อน (Wang et al., 2022)

รวมทั้งลดความรู้สึกเป็นภาระและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Yue et al., 2022)

บทบาทพยาบาลในการบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา

การบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถให้การบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้กระบวนการพยาบาลและศาสตร์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณสามารถแบ่งบทบาทพยาบาลตามระยะต่าง ๆ ของการบำบัด 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มการบำบัด

1.1 การประเมิน (assessment)

1.1.1 การประเมินความพร้อมของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม โดยรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและเอกสารเกี่ยวกับการรักษา การตรวจร่างกายและการทดสอบทางจิตวิทยารวมทั้งเอกสารยินยอมเข้ารับการบำบัด

1.1.2 การประเมินและเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ทำการบำบัด ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีองค์ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบำบัดจากการเข้าอบรมหรือฝึกประสบการณ์เพื่อให้สามารถทำการบำบัดได้อย่างมั่นใจและบรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ ควรเตรียมความพร้อมทางร่างกาย จิตใจและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (Parra-Anguita et al., 2022)

1.1.3 การประเมินและเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ได้แก่ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น อุณหภูมิที่เหมาะสม บรรยากาศที่ผ่อนคลาย อบอุ่น จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการบำบัด เช่น นาฬิกาติดผนัง โคมไฟ สมุดบันทึก เป็นต้น มีเฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสม เช่น โต๊ะเรียบเสมอกัน เก้าอี้นั่งได้พอดี เบาะรองนุ่มนวลสบาย เป็นต้น อาจจะมีกระตุ้นประสาทสัมผัสเพื่อให้มี

อารมณ์และพฤติกรรมที่สงบพร้อมรับการบำบัด เช่น การเปิดเพลงคลอ การมีกลิ่นหอมในห้องบำบัด การใช้ไฟแสงอุ่น (warm light) การชมสีเขียวของธรรมชาติ เป็นต้น (Agusman, Hani & Iswanti, 2020)

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) รวบรวมข้อมูลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวมาวิเคราะห์และกำหนดปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาล

1.3 การวางแผน (planning) ร่วมกันวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการเลือกแนวทางการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้มีภาวะสมองเสื่อมรายนั้น ตามแนวทางการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) และตระหนักถึงความเป็นปัจเจกชนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่มีตัวตนและภูมิหลังที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละราย

2. ระยะบำบัด พยาบาลปฏิบัติการบำบัด (implementation) โดยเป็นผู้นำการบำบัด (leader) หรือผู้ช่วยในการบำบัด (co-leader) ทั้งนี้ พยาบาลควรให้ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างลึกซึ้ง โดยมุ่งมองคุณค่าและความสำคัญของตัวตน ให้ความเข้าใจในมุมมองของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้แสดงศักยภาพของตน (self-efficacy) โดยผู้บำบัดไม่คาดหวังผลลัพธ์จากผลงานของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ดำเนินการบำบัดตามวัตถุประสงค์ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัด รวมทั้งให้ความสำคัญกับการตอบสนองการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจในขณะที่ทำการบำบัดแบบองค์รวม

3. ระยะภายหลังการบำบัด พยาบาลประเมินผล (evaluation) โดยวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรคภายหลังการบำบัดเสร็จสิ้นเกี่ยวกับการบรรลุวัตถุประสงค์ระยะสั้นเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด ปฏิบัติการตอบรับจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในการได้รับ

การบำบัด และวัตถุประสงค์ระยะยาวเกี่ยวกับความสามารถของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในเรื่องการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจกรรม พฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งความเครียดของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 80 ปี มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง พุดคุยสื่อสารเป็นประโยคสั้นได้ ใช้เวลานานในการนึกคำ เริ่มเขียนหนังสือไม่ได้แต่

อ่านออก มีเหม่อลอย ไม่มีสมาธิ เดินไปมาไม่มีจุดหมาย ชอบตื่นกลางดึก ตามติดผู้ดูแลตลอดเวลา ถามคำถามเดิมซ้ำบ่อยครั้ง ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ แปร่งฟันไม่เป็น เคยเป็นนักวิ่งของโรงเรียน ชอบเต็นร่า ชอบรับประทานไอศกรีม ผู้ดูแลบอกว่ารู้สึกกังวลไม่รู้จักดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

พยาบาลที่ให้การดูแลจึงได้ทำบทบาทพยาบาลเพื่อการบำบัดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการไม่ใช้ยา ดังนี้

การบำบัด	กระบวนการพยาบาล	บทบาทพยาบาล
ระยะก่อนการบำบัด	การประเมิน (assessment)	1. การประเมินความพร้อมของผู้มีภาวะสมองเสื่อม - ด้านร่างกาย ตื่นกลางดึก ชอบอมอาหารไว้ไม่ยอมกลืน - ด้านอารมณ์และพฤติกรรม เหม่อลอย ไม่มีสมาธิ เดินไปมาไม่มีจุดหมาย ตามติดผู้ดูแลตลอดเวลา ถามคำถามเดิมซ้ำ 2. การประเมินญาติ บอกว่าไม่รู้จะดูแลอย่างไร 3. การประเมินความพร้อมของพยาบาลผู้ทำการบำบัดมีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 3 ปี ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการบำบัดดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 4. การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ พบว่าสงบ อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส เปิดแสงไฟสว่าง
	การวินิจฉัย (nursing diagnosis)	1. มีความบกพร่องด้านความรู้คิด (cognition) 2. มีความบกพร่องด้านพฤติกรรม (behavior) 3. มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 4. ผู้ดูแลพร้อมความรู้และวิตกกังวลในการดูแล
	การวางแผน (planning)	เน้นการส่งเสริมให้ความบกพร่องทั้ง 3 ด้านคงอยู่ในระดับเดิมหรือดีขึ้น โดยเลือกการบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาและเหมาะสมกับบุคคล ทั้งนี้ พบว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมรายนี้มีความบกพร่องในหลายด้าน ดังนั้น จึงวางแผนกิจกรรมที่มีรูปแบบการกระตุ้นผสมผสาน (multi-modal activation therapy)
ระยะบำบัด	การปฏิบัติ (implementation)	เน้นการปฏิบัติพยาบาลตามแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นร่างกาย การรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์ 1. การบำบัดที่เน้นการรู้คิด (cognition-oriented) เช่น การอ่านเขียน การทายชื่อ การเต็นร่า การร้องเพลง

การบำบัด	กระบวนการพยาบาล	บทบาทพยาบาล
		2. การบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) เช่น การระลึกความหลังในหัวข้อเรื่องกีฬาในดวงใจ 3. การบำบัดที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) เช่น การรับแสงแดดยามเช้าเพื่อช่วยให้นอนหลับได้ดี การเป่าลูกโป่งบริหารกล้ามเนื้อในการเคี้ยวกลืน 4. การบำบัดที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) - ชวนทำกิจกรรมที่สนใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เน้นการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) - สุขภาพจิตศึกษาให้ผู้ดูแลมีแนวทางการแก้ปัญหาการดูแลได้
ระยะหลังการบำบัด	การประเมินผล (Evaluation)	1. การประเมินผลจากผู้มีภาวะสมองเสื่อม - การประเมินผลในระยะสั้น เช่น ความร่วมมือ ความสนใจ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม - การประเมินผลในระยะยาว ได้แก่ ระดับความสามารถในการคิดรู้ พฤติกรรมและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประเมินได้จากการสังเกต สอบถามผู้ดูแลและการทดสอบทางจิตวิทยา 2. การประเมินผลจากผู้ดูแล - การประเมินผลในระยะสั้น เช่น การตอบคำถาม การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ความร่วมมือ - การประเมินผลในระยะยาว เช่น ความเครียด เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากการสอบถาม สังเกต การทดสอบทางจิตวิทยา 3. การประเมินผลกระบวนการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการนำไปพัฒนาต่อไป เช่น ความพร้อมของผู้ทำการบำบัด ระยะเวลา อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ 4. การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดให้แก่ทีมดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการบำบัดดูแลต่อไป

ภายหลังผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบำบัดจากพยาบาลด้วยกิจกรรมที่มีรูปแบบการกระตุ้นผสมผสาน (Multi-modal activation Therapy) ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถทางกาย การรู้คิด การควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการบำบัด

สรุป

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของสมองส่งผลให้มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

และสติปัญญาที่เสื่อมถอย การบำบัดรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อม 2 รูปแบบ คือ การรักษาแบบใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทของแพทย์และการรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นผู้ที่สามารถใช้กระบวนการพยาบาลและศาสตร์การพยาบาลในการบำบัดอาการของผู้ป่วยได้ โดยหวังมุ่งชะลอความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและคงความสามารถที่มีให้อยู่ในระดับเดิม ช่วยลดการพึ่งพิงผู้ดูแล ตลอดจน

ส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- Abraham, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., & Petrovic, M. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ open*, 7(3), 1-28.
- Agusman, F., Hani, U., & Iswanti, D. (2020). Environmental management to control behavioral and emotional problems in elderly with dementia. *International Journal of Public Health and Health Sciences*, 2(1), 9-21.
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World alzheimer report 2019: Attitudes to dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Anundilokrit, P. (2021). Dementia. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 392-398.
- Berg-Weger, M., & Stewart, D. B. (2017). Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. *Missouri Medicine*, 114(2), 116-119.
- Charoensak, S. (2015). Chapter 29: Major neurocognitive disorder and mild neurocognitive disorder. In N. Sitdhiraksa, K. Wannasewok, K. Wannarit, P. Pukrittayakamee, S. Apinuntavech, & P. Katumam, (Eds.), *Siriraj psychiatry DSM-5* (pp.349-363) (2nd ed.). Bangkok, Prayulsanhai.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2022). *Situation of the Thai older persons 2021*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University.
- Hemrungronj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MOCA)*. Retrieved from http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf
- Lodha, P., & Desousa, A. (2019). Non pharmacological management of dementia: A review. *Indian Journal of Private Psychiatry*, 13(2), 62-70.
- Lui, Z., Chen, Q. I., & Sun, Y. Y. (2017). Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Interview Aging*, 12, 1521-1529.
- Meyer, C., & O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927-1954.
- Muangpaisan, W. (2016). *Dementia: Prevention, assessment, and care*. Bangkok: Parbpim.
- Neurological Institute of Thailand. (2015). Chapter 2: Management of cognitive impairment. In T. Tantirittisak, (Eds.), *Clinical practice guidelines: Dementia* (pp.23-32). Bangkok, Tanapress.
- Parra-Anguita, L., Lopez-Franco, M. D., Del-Pino-Casado, R., Garcia-Fernandez, F. P., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2022). Undergraduate nursing students' knowledge of Alzheimer's disease and related dementias care. *Journal of Professional Nursing*, 39, 101-108.
- Sirikampeng, A. (2017). The long term care for the elderly dependency on Thailand country 4.0 era. *Dhammathas Academic Journal*, 17(3), 235-243.
- Surawan, W. (2017). Prevalence of dementia and factor associated with dementia in elderly, Nam-Phong district, Khonkaen province. *KKU Journal for Public Health Research*, 10(2), 58-69.
- Taameeyapradit, U., Tanchaiswad, W., Hangsprueg, C., & Phunsiri, O. (1990). Mini-mental state examination (MMSE): A screening test for organic brain syndrome. *Journal of psychiatry Association Thailand*, 35(4), 208-216.
- Wang, J., Zhang, G., Min, M., Xing, Y., Chen, H., Li, C., Li, C., Zhou, H., & Li, X. (2022). Developing a non-pharmacological intervention programme for wandering in people with dementia: Recommendations for healthcare providers in nursing homes. *Brain sciences*, 12, 1321-1341.
- WHO. (2020). *Dementia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>
- Yue, S., Mengmeng, J., Minmin, L., Xinrui, L., Xueer, Z., & Zhiwen, W. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 1-13.