

บทความวิชาการ (ก.ค. – ธ.ค. 2563)

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล

โปรยทิพย์ ลั่นตะพันธ์, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 34000

E-mail: proithip_nurse@live.com

บุปผา ใจมั่น, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 34000

วิจิตร จิตร์เกษ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 34000

ศิริณพร บุสหงษ์, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 34000

เชาวลิต ศรีเสริม, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 34000

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและสังคมไปในทางเสื่อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่นและมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพ และอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด และการตัดสินใจ แต่ไม่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ในความเป็นจริงเมื่อเกิดแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะต้องมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบรักษา รวมถึงบทบาทของพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์หลักของการพยาบาลคือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและเหมาะสม ดำเนินชีวิตในสังคมได้

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, บทบาทพยาบาล

Received: December 12,2020, **Revised** December 16,2020, **Accepted** December 20,2020

Elderly dementia: nursing roles

Proithip Suntaphun

Psychiatric Nursing Department Boromarajonani College of Nursing Sunprasithiprasong, Ubon Ratchathani 34000

Corresponding author E-mail: proithip_nurse@live.com

Buppha Jaimun, Psychiatric Nursing Department Boromarajonani College of Nursing Sunprasithiprasong

Wichitra Chitrak, Psychiatric Nursing Department Boromarajonani College of Nursing Sunprasithiprasong

Sirinporn Bussahong, Psychiatric Nursing Department Boromarajonani College of Nursing Sunprasithiprasong

Chaowalit Srisoem, Psychiatric Nursing Department Boromarajonani College of Nursing Sunprasithiprasong

Abstract

The elderly face physical, mental and social decline. As a result, particularly the incidence of dementia. It is a collection of symptoms that are caused by the impairment of cognitive and intellectual functions of the brain. Memory loss is the most common symptom of dementia. People with dementia may experience behavioral, personality, and emotional changes. Their perception, language skills, and cognitive skills including reasoning and judgment may be impaired without loss of consciousness. Dementia is a common health problem in the elderly population, but it is often overlooked and misunderstood due to aging changes. It may affect the physical, psychological and social needs leading to a decrease in the quality of life. To ensure that elderly receive comprehensive and effective care, healthcare professionals need to apply current knowledge and empirical evidence about causes and factors associated with elderly dementia that include models of treatment. Professional nurses can play an important role in taking care of elderly with dementia. The objectives of nursing care for elderly with dementia is to perform suitable screening and diagnosis, provide holistic care, and promote modification of negative thoughts, emotions and behaviors in a positive and appropriate directions so they may live with their families and be part of the community.

Keywords: *Dementia, Elderly, Nursing role*

คำขอบคุณ: บทความวิชาการนี้ได้รับการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม(dementia)เป็นกลุ่มอาการหนึ่งในผู้สูงอายุที่พบบ่อยซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการทำงานของสมองขั้นสูงหลายส่วน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งบุคลิกภาพ เป็นผลให้รบกวนการทำงาน การเข้าสังคม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่นภาวะเปราะบางเป็นต้น(ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ, 2560) ภาวะสมองเสื่อมมีความชุกเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น (Ferri et al, 2005) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคน(WHO,2020)และจากการสำรวจข้อมูลใน 10ปีที่ผ่านมาพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดในประเทศจีนและเอเชียใต้ (Kalaria, 2008) แต่ในปัจจุบันพบว่าประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 3,450,000 คนซึ่งมากที่สุดในทวีปเอเชีย (Nakanishi&Nakashima, 2014) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยจากรายงานสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000คน(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2559) โดยมีสาเหตุเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ จำนวนร้อยละ 60 และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุ และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์โดยร้อยละ 61-92 จะมีอาการก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมการแสดงออกที่วุ่นวายกริรธอง กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง มีความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิดคือมีอาการหลงผิด มีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งเร้าคือมีอาการประสาทหลอนคือมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน เดินออกนอกบ้านอย่างไร้จุดหมาย หลงลืม ชอบทะเลาะกับผู้ดูแล วิตกกังวล ซึมเศร้า บางครั้งเฉยเมย มีปัญหาการนอนนอนไม่หลับเป็นต้น(ชัชวาล วงศ์สารี, 2561)ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาและทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและญาติผู้ดูแล(รัชณี นามจันทร์, 2553)

ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นอีกทั้งทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทที่เหมาะสม ผู้เขียนจึงได้พัฒนาบทความนี้ขึ้นโดยมีเนื้อหาสาระสำคัญที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อม การรักษา รวมไปถึงบทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีแนวทางในการดูแลที่มีประสิทธิภาพดังที่จะได้กล่าวในลำดับต่อไปนี้จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติต่อไป

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม(Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมอง(cerebral cortex)ด้านการรู้คิด(cognitive function) และสติปัญญา(intellectual function) ของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีการเสื่อมของความจำทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว เป็นอาการเด่นมีอาการหลงลืม มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน(abstract thinking) ลดลง การตัดสินใจผิดพลาดมีปัญหาในการพูด การเคลื่อนไหว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ แต่ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติที่กล่าวมานี้รบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยอาการแสดงดังกล่าวต้องไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจฉัย(วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560;สถาบันประสาทวิทยา, 2546; American Psychiatric Association [APA], 1994)

สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของโรสและโบเวนพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 5-10 เกิดจากสาเหตุ/ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงมากขึ้น โดยมีตัวอักษรย่อที่จดจำได้ง่าย คือ “DEMENTIA” (Ross and Bowen, 2002; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) สามารถอธิบายได้ดังนี้

D: Drug toxicity โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่มที่ใช้รักษาทางจิตประสาท เช่นยานอนหลับและยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้เกิดความสับสน

E: Emotional disorders ได้แก่ โรคซึมเศร้า

M: Metabolic and endocrine ที่สำคัญคือ ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดท้องผูก นอนมาก ทำอะไรช้าลง

E: Eye and ear disorder ทำให้ขาดการกระตุ้นจากระบบประสาท

N: (1) Nutrition ส่วนมากที่เป็นสาเหตุคือ ขาดวิตามิน บี 1 บี 6 และ บี 12 และขาดกรดโฟลิก

(2) Normal pressure hydrocephalus ภาวะน้ำเกินในโพรงสมองก่อให้เกิดการเดินที่ผิดปกติ เช่น เดินซอยเท้า ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่พ้นพื้นในขั้นรุนแรงผู้ป่วยจะเดินไม่ได้ และมีความจำลดลง ในที่สุดจะเกิดสมองเสื่อม

T: Tumors and trauma โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดออกแบบเรื้อรังในช่องแร็กนอยด์และเนื้องอกที่สมอง

I: Infection เป็นการติดเชื้อที่ขึ้นสู่สมองหลังได้รับการรักษาแล้วระดับการทำงานของสมองมักไม่กลับคืนมา

A: Arteriosclerosis and alcohol หลอดเลือดที่แข็งตัวก่อให้เกิดการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดสมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ เช่น

(1) ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (alcoholic dementia) ซึ่งเป็นผลจากการติดสุราและมีการดื่มสุรายาวนานจนทำให้สมองเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงาน

(2) กลุ่มอาการเวอร์นิค-คอร์ซาคอฟ (Wernicke-Korsakoff syndrome) พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไปแต่จะพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและติดสุราเรื้อรังแบ่งออกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการเวอร์นิค (Wernicke syndrome) ประกอบด้วย 3 อาการ ได้แก่ เพ้อหรือสับสน (delirium) การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ (ophthalmoplegia) และภาวะเสียการทรงตัว (ataxia) และกลุ่มอาการคอร์ซาคอฟ (Korsakoff syndrome หรือ Korsakoff's psychosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังกลุ่มอาการเวอร์นิค โดยเมื่อกลุ่มอาการเวอร์นิคเริ่มดีขึ้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องความจำและมีปัญหาการหลงลืมจากความจำเสื่อม (confabulation) เป็นอาการเด่น นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยยังพบว่า การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย (พูดน้อยและคิดน้อย) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Panakhonet al, 2015) หากมีสาเหตุเหล่านี้ในผู้สูงอายุจะทำให้การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากเหตุใดก็ตาม เมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะเริ่มส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น และต้องใช้เงินรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นสังคมรอบข้างควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการแสดงอาการในด้านต่างๆ ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548; American Psychiatric Association, 1994)

1. ด้านสติปัญญาการรู้คิด (cognition) อาการที่ปรากฏเริ่มแรกที่สุดและพบในทุกราย คือ ความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ และความจำระยะสั้น ในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้สูงอายุลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหนลืมการนัดหมาย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและ

การเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อมวกวน พูดซ้ำ ๆ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวการทำงานต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรมการวางแผน การเรียงลำดับ ทำให้มีความลำบากในการทำกิจกรรมที่แปลกใหม่หรืองานที่ซับซ้อนในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้นความบกพร่องต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น เช่น สูญเสียความจำในเรื่องต่าง ๆ ในอดีตที่จำได้ดีมาก่อน พูดไม่ได้พูดตามเสียงที่ได้ยิน หรือพูดคำซ้ำๆเร็วขึ้นเรื่อย ๆ จำคนในครอบครัวและจำงานสะท้อนของตนเองในกระจกไม่ได้ และไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ ได้

2. ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายอาจจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง อาจมีอาการวุ่นวาย (agitation) อาจเดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมายและหาทางกลับไม่ได้ (wandering) และพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจเฉยเมยไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม มีปัญหาในการนอนอาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิว และไม่รับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น

3. ด้านอารมณ์และอาการทางจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และอาการทางจิตมักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญาการรู้คิดและด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ส่วนอาการทางจิตนั้น มักจะพบอาการหลงผิด (delusions) ขนินหวาดระแวง (paranoids) และประสาทหลอน (hallucinations) ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

1) **ระยะเริ่มต้น (Mild dementia)** หรือระดับไม่รุนแรงเป็นการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (mild cognitive impairment) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วไป แม้ว่าจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้านแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตทำหน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

2) **ระยะกลาง (Moderate dementia)** ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงเริ่มมีปัญหาในการเรียนรู้และการจดจำสิ่งแปลกใหม่ สถานที่ หรือบุคคลใหม่ ๆ ไม่ได้ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัวและรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสีย สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ตลอดจนเรื่องสำคัญของชีวิตระยะนี้มักพบปัญหาของจิตเวชและพฤติกรรม เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การทำกิจกรรมซ้ำๆ และเดินหลงทาง เป็นต้น ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

3) **ระยะสุดท้ายของโรค (Severe or advanced dementia)** หรือระดับรุนแรง ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง จะไม่สามารถจำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้จำญาติพี่น้องไม่ได้ อาจมีอาการซึมเศร้า และในที่สุดคือ ไม่รับรู้ตนเอง ไม่รับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และจะไม่ทราบว่าตนเองมีการสูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกายอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วน

อื่นร่วมด้วย ซึ่งการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมหรืออาการวิยาของภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสุขภาพตามปัจเจกบุคคลผู้สูงอายุที่มีการดำเนินของโรคเร็วกว่าปกติ กลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว มักเกิดจากสาเหตุที่มีตัวอักษรย่อว่า “VITAMINS” (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) ได้แก่ สาเหตุที่เกิดจากหลอดเลือด (vascular) การติดเชื้อ (infectious) สารพิษและเมตาบอลิกที่ผิดปกติ (toxic and metabolic) ภูมิแพ้ตนเอง (autoimmune) เนื้องอกชนิดร้าย (neoplasma/metastasis) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenic) เช่น ยาต่างๆ ที่ใช้รักษาแล้วมีผลต่อสมอง การเสื่อมของเซลล์ประสาท (neurodegenerative) และโรคตามระบบ (systemic) เช่น โรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์ เป็นต้น

การบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อให้หายขาดวิธีบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ให้ผลดีในปัจจุบันต้องรักษาควบคู่กันระหว่างวิธีที่ใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาในการบำบัด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา จะมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยาที่นิยมและได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของหลายประเทศ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; Hogan et al, 2008) ได้แก่ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors และ NMDA receptor antagonist ยาเหล่านี้สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง มีผลประคับประคองความจำ การรู้คิด และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ให้ผลการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ให้ผลการรักษาที่ดีในผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงมากอย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถตอบสนองต่อยาได้ ขณะเดียวกันยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่รุนแรงโดยเฉพาะภาวะเบื่ออาหารที่เกิดต่อเนื่องจนเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากเมื่อเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากราคายาค่อนข้างแพงนอกจากนี้ยังมียาที่ออกฤทธิ์เพื่อต้านความผิดปกติทางจิตเวช (Antipsychotic drug) ซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำให้ใช้โดยทั่วไปหรือในระยะยาว เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดื้อยา เป็นต้น (Selbaek et al, 2008) หรือนำไปสู่สาเหตุการตายได้ ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการใช้ยาร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้ดูแล

2. การบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยา วิธีนี้เน้นการใช้กิจกรรมบำบัด แบ่งตามวัตถุประสงค์การบำบัดได้ 4 วิธี ดังนี้

(1) เพื่อให้รับรู้ความเป็นปัจจุบัน ของวันเวลา สถานที่ บุคคลและเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน กิจกรรมบำบัดที่สอดคล้อง ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การเล่ารายการทีวีหรือละคร ผูกจดจำหน้าบุคคลฝึกหัดหาล้างสิ่งของเครื่องใช้ ฟังเพลงที่คุ้นเคย และฝึกแต่งตัวด้วยตนเอง เป็นต้น

(2) เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ให้เกิดความจำดีขึ้น เน้นกิจกรรมที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ เช่น ดูรูปภาพที่ถ่ายตามสถานที่ต่าง ๆ และภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอดีต เป็นต้น

(3) เพื่อปรับความคิดและอารมณ์ด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นเกมจากคอมพิวเตอร์ เกมไพ่ เกมกระดาน ทำงานฝีมืองานศิลปะ และฟังดนตรี รวมทั้งให้เขียนบันทึกการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เป็นต้น (4) เพื่อค้นหาสาเหตุและลดการเกิดปัญหาของพฤติกรรมที่หายไป เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนเอะอะโวยวาย ปัสสาวะราด เน้นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย มีแรงจูงใจให้กระทำ เช่น ให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุเมื่อเข้าห้องน้ำถ่ายอุจจาระและทำความสะอาดเองได้เรียบร้อย เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นบทบาทที่ทำนาย เนื่องจากในปัจจุบันยังมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค เนื่องจากคนทั่วไปรวมถึงผู้ดูแล ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงตามวัย อาการ อาการแสดงมีความหลากหลาย ไม่ชัดเจน จึงไม่พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีภาวะสุขภาพกายจิตสังคม และจิตวิญญาณตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการบริการและการดูแลที่เหมาะสม ที่จะมุ่งเน้นมีดังนี้

1. บทบาทในการเป็นผู้นำในการจัดระบบการสืบค้น ประเมิน วินิจฉัย คัดกรองและเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเพื่อค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะอาศัยลักษณะอาการทางคลินิก อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดคือ การสูญเสียความจำใหม่ ๆ อาจลืมสิ่งของที่สำคัญ และมีความผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งอย่างในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดซึ่งได้แก่ การใช้ภาษา ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามจะต้องมีการตรวจหาสาเหตุด้วยการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ร่วมด้วย(McKhann et al, 2011) และเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นที่นิยมสำหรับผู้สูงอายุไทย ดังนี้

1) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมแบบประเมินนี้ใช้สอบถามญาติหรือผู้ดูแลว่า ผู้สูงอายุมีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมขณะอยู่ที่บ้านหรือไม่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่สอบถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหาเกี่ยวกับความจำระยะสั้น ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จำเป็น สิววันนัด สิวโอกาสที่สำคัญของครอบครัว คูซิมลง เสร้า หรือร้องไห้บ่อยกว่าเดิม เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เริ่มต้องมีคนคอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น เริ่มเห็น ได้ยินและเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง และมีความยุ่งยากลำบากในการหาคำพูดที่ต้องการจะพูด ถ้าญาติหรือผู้ดูแลตอบว่า “มี” หรือ “ใช่” ให้ 1 คะแนนถ้าตอบว่า “ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนนถ้าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาต่อไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอะไรได้จริง) เป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา (dependence) ดัชนีนี้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย ติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม หากข้อมูลที่ได้พบว่า ADL ของผู้สูงอายุบกพร่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และผู้สูงอายุไม่รู้ว่าตนมีความบกพร่อง แต่ญาติรู้ แสดงว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)กิจวัตรประจำวัน หรือ ADL แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic ADL) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้าการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ และอาบน้ำ กิจกรรมประเภทนี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระพอสมควรภายในบ้านหรือที่พักอาศัย เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่นิยมนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยคือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ส่วนอีกระดับ คือ กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental ADL) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนเช่น การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะเช่น รถประจำทาง

หรือรบกวนและความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องจะเสียไปก่อน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จะเสียในระยะท้ายของโรค (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

3) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้แปลมาจากต้นฉบับแบบทดสอบ Mini-Mental Status Examination(MMSE)ของโพลีโตและคณะ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place) ด้านความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ(attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional)ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนกรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมินดังที่กล่าวมาเป็นเพียงแนวทางเบื้องต้นเท่านั้น อาจต้องส่งต่อผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

2. บทบาทในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งส่งเสริมความคิดเชิงบวกและการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการวางแผนการดูแล เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้กำลังใจ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อช่วยป้องกันหรือลดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

3. บทบาทในการจัดบริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การจัดคลินิกกระตุ้นความจำและชะลอความเสื่อมของสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานบริการสาธารณสุข

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเปลี่ยนแปลงในในระยะต่างๆด้วยการดูแลแบบองค์รวม ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความปลอดภัยในชีวิต และการดำรงอยู่ของชีวิตประจำวันที่ไม่ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ช่วยชะลอการเสื่อมของสมองเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีมีดังต่อไปนี้

1) ระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อมพยาบาลต้องให้การดูแลผ่านผู้ดูแล ในการป้องกันพฤติกรรมการเดินทางเช่นการเปลี่ยนประตูบ้านให้เป็นแบบที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยยากต่อการเปิดออก ติดตั้งกระดิ่งบริเวณประตู ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตรายละเอียดการเดินทาง เป็นต้น จัดการเรื่องชุดแต่งกายให้กับผู้สูงอายุให้มีลักษณะเฉพาะตัว เพื่อง่ายต่อการสังเกต จดจำและติดตามถ้ามีการเดินทางเกิดขึ้น ให้ทำสัญลักษณ์ที่ เช่น สวมป้ายข้อมือ ป้ายชื่อ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อญาติได้ตลอดเวลา หรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ที่สื่อสารให้คนในชุมชนเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่ตำรวจในชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นแนวทางเดียวกันจะได้ช่วยกันสอดส่องดูแล เพื่อให้ผู้พบเห็นประสานนำส่งกลับบ้านได้สะดวก จัดระบบสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย เช่น การจัดสิ่งของเครื่องใช้ที่ไม่จำเป็นออกจากบ้าน จัดพื้นที่สวนรอบ ๆ บ้านให้สะอาด เป็นระเบียบและมีทางสำหรับการ

เดินที่ชัดเจน ติดป้ายบอกพื้นที่ให้ชัดเจนเพื่อให้ใช้งานได้ถูกต้อง เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องรับแขกพื้นที่ต่างระดับ เป็นต้น ทำราวสำหรับจับเกาะยืนตามทางเดินห้องน้ำพร้อมทำปุ่มสัญญาณขอความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุใช้ได้สะดวก สอน อธิบาย สาธิตการใช้ชีวิตให้ปลอดภัยในบ้านแบบซ้ำๆและหมั่นทบทวน จะช่วยกระตุ้นความจำสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์และการตัดสินใจมักเกิดขึ้นได้บ่อยในระยะเริ่มต้นและระยะกลาง เพราะผู้สูงอายุจะยังทำงาน เคลื่อนไหวร่างกายและดำเนินกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่ได้ด้วยตนเองแต่การตัดสินใจในชีวิตประจำวันจะเริ่มผิดพลาดบ่อยขึ้น เช่น ขับรถผิดเส้นทาง จ่ายเงินผิดพลาด เป็นต้น ระยะนี้ผู้สูงอายุจะเริ่มรับรู้ว่าตนเองสื่อสารกับคนอื่นได้ยากขึ้น จึงมีอาการหงุดหงิดและโมโหเกิดอาการทะเลาะวิวาทได้ง่ายขึ้น พยาบาลเสนอวิธีการจัดการดูแลด้านอารมณ์โดยยอมรับในการแสดงออกด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ ไม่โต้แย้ง ไม่ต่อต้านและประเมินระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เพราะถ้ารุนแรงมากขึ้นจะบ่งชี้ว่าระยะของภาวะสมองเสื่อมอาจรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ควรเคารพในความเป็นบุคคลต่อผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอเหมือนที่เคยทำ รับฟังผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจให้คำชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์พูดโต้ตอบกับผู้สูงอายุด้วยอารมณ์ที่สุ่ม นุ่มนวลในคำพูดและน้ำเสียงด้วยประโยคสั้นๆ ที่เข้าใจง่าย ชัดเจนตรงไปตรงมา เพื่อไม่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด หลีกเลี่ยงการกระซิบ ทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้สูงอายุ (ชัชวาลวงศ์สารีและศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

2) ระยะกลางและระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมระยะนี้อันตรายมักมาจากการเกิดอุบัติเหตุ การหลงทาง การตัดสินใจอารมณ์และอันตรายจากการสื่อสารจะเริ่มลดลงแต่กิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนจะยังคงปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเอง การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น ต่อมาจะเริ่มสูญเสียความรู้คิดการใช้ภาษา การเคลื่อนไหวจะเริ่มลดลง แต่ในรายที่ยังเดินได้ปัญหาเรื่องการเดินหลงทาง ต้องดูแลต่อเนื่องจนเข้าระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำทั้งหมดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ด้วยตนเอง การสื่อสารบกพร่องมีปัญหาการนอน มีปัญหาข้อติดและการกลืน โดยภาพรวมพยาบาลต้องดูแลหรือให้คำแนะนำ แก่ญาติผู้ให้การดูแลโดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยตนเองและหมั่นทบทวนทักษะการปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง คอยสังเกตการณ์อยู่ห่างๆเพื่อป้องกันพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสำหรับปัญหาการนอนหลับ จัดบรรยากาศที่เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เพิ่มกิจกรรมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติในตอนกลางวันมากขึ้นเพื่อจะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้นในตอนกลางคืน จัดให้ผู้สูงอายุได้เข้านอนตรงเวลา ดูแลให้ดื่มมนอนๆหรือฟงดนตรีเบาๆเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์ ปัญหาข้อติด ปัญหานี้จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมแบบสมบูรณ์ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ พยาบาลควรสอนญาติให้ช่วยบริหารข้อ ป้องกันการติดยึดของข้อ สอนเทคนิคการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในรายที่มีเศษฐาณะดีแนะนำให้ติดต่อนักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลที่บ้าน ปัญหาด้านการกลืน พบได้บ่อยในระยะนี้ซึ่งผู้สูงอายุต้องได้รับการทดสอบเรื่องการกลืนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องแนะนำผู้ดูแลเพื่อส่งผู้สูงอายุไปศูนย์ทดสอบการกลืนเพื่อประเมินปัญหาอย่างละเอียดพร้อมเรียนรู้เทคนิคการทดสอบการกลืน การออกแบบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการป้อนอาหาร และลักษณะของอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะรับประทานอาหาร กรณีที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืนอย่างสมบูรณ์ต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อใส่สายให้อาหารก่อนและสอนทักษะการให้อาหารทางสายยางแก่ญาติผู้ดูแลตามลำดับ(วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; นิตยา น้อยสิภูมิและศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2557)

5.บทบาทเป็นผู้สอนและให้คำแนะนำพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนสุศึกษาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในเรื่อง สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการแสดง การประเมิน และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แนวทางการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องจากแหล่งหรือหน่วยงานต่างๆ การรักษา การส่งต่อ โดยอาจจัดในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ โทรศัพท์มือถือ การจัดนิทรรศการ เป็นต้น

6. บทบาทเป็นผู้พัฒนาพยาบาลควรมีบทบาทในการพัฒนารูปแบบงานหรือแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทที่แท้จริง โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ไลน์กลุ่ม การใช้เฟสบุ๊คแฟนเพจเพื่อตอบปัญหาข้อสงสัยให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครอบครัว ผู้ดูแลและประชาชนทั่วไป ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือ ดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการประสานความร่วมมือกับสถานบริการด้านสุขภาพและชุมชน

7. บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาบทบาทในการให้คำปรึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ซึ่งบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาที่ดีนั้น พยาบาลต้องเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินการรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะนำมาสู่วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายอย่างแท้จริง โดยการช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลเข้าใจปัญหา เลือกและทดลองใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เลือกแล้ว โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนการประเมินการปรับใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เรียนรู้ใหม่ในชีวิตประจำวัน ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฝึกฝนจนเกิดทักษะ โดยอาจเปิดบริการสายด่วนเพื่อให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นต้น

8. บทบาทเป็นผู้วิจัยบทบาทนี้นับว่ามีความสำคัญในการพัฒนางานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างยิ่ง เพราะต้องมีการพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการบูรณาการองค์ความรู้สู่การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมทั้งในระดับครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ที่มีกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้การวิจัยเป็นฐานและนำผลการวิจัยและผลงานวิชาการมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพราะองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนั้นเป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ และนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ ซึ่งพยาบาลจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลอย่างเหมาะสม เช่น การศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

บทสรุป

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิด ความจำ และสติปัญญา แต่ไม่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ซึ่งส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพมีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว จำเป็นต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายในสังคมดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้เหล่านั้น เพื่อให้เกิดการตระหนักในการให้การพยาบาลตามบทบาทที่เหมาะสมและครอบคลุมพร้อมให้การสนับสนุนผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแล บำบัดรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในชีวิต และการดำรงชีวิตประจำวันที่ไม่ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ช่วยชะลอการเสื่อมของสมองตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสืบไป

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาล วงศ์สารี.(2560). ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 23(3), 680-689.
- ชัชวาล วงศ์สารีและศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มจร. วิชาการ*. 22(43-44), 166-179.

- นิตยา น้อยสีภูมิ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์.(2557). การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ:การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.26(2), 99-110.
- ปณิดา ลิ้มปวัฒน์. (2560).ภาวะสมองเสื่อม. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นที่น่าสนใจทางสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- รัชนิ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มฉก.วิชาการ*.14(27),137-150.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล.(2560). *พัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น*.กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 2*. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ชุมนหรี. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders.4th ed*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H.,Fratiglioni, L.,& Ganguli, M. (2005). Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. *Lancet*. 366(9503), 2112-2117.
- Hogan, D.B., Bailey, P., & Black, S. (2008).Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *CMAJ*, 179:787-793.
- Kalaria,R.N., Maestre, G.E., Arizaga, R., Friedland, R.P., Galasko, D.,&Hall, K.(2008).Alzheimer'sdisease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. *Lancet Neurol*, 7(9):812-826.
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow H, Hyman, B.T, Jack C.R,& Kawas, C.H. (2011).The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease:Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's association*, 7(3):263-269
- Nakanishi, M.,& Nakashima, T.(2014). Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: how should a national dementiapolicy interact with the public health-and social-care systems?. *Alzheimer's Dement*, 10(4):468-476.
- Panakhon, L., Nanthamongkolchai, S., Pitikultang, S., & Taechaboonsersak, P.(2015).Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province. *J Public Health*, 45(2):197-209.
- Ross, GW., & Bowen, JD. (2002).The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *Med Clin North Am*, 86(3):455-476

Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K.(2008).The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia inNorwegian nursing homes - A 12-month follow-up study. *Am J Geriat Psychiat*, 16(7):528-36.

World Health Organization.(2016). *Alzheimer's Society. Fix dementia care: hospitals*. [Internet].[cite 2020 April 7].Available. form: <http://www. Alzheimer.org. UK/ Fixdementiacare>