

แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

อินทรี ศรีพันธ์, อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹

(วันที่ส่งบทความ: 18 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับ: 8 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สูญเสียความคิดความจำหลายด้านซึ่งเกิดภายหลังกำเนิด โดยมีผลกระทบต่อการทำอาชีพ หรือการเข้าสังคม ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากโรคอัลไซเมอร์และมีความสัมพันธ์กับพยาธิวิทยาที่มากกว่าหนึ่งอย่าง โดยปกติพบโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับพยาธิวิทยาที่หลอดเลือดและหัวใจ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมต้องการประวัติ การประเมินความคิดความจำที่ลดลง และการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ด้วยการยืนยันจากเพื่อนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความซับซ้อน จุดประสงค์การรักษาเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิดที่เกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรมและช่วยชะลอความก้าวหน้าของความคิดที่ลดลงบทความนี้ได้สรุปสาเหตุของโรค ลักษณะของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่นการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ การยืน/เดิน/การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, กิจวัตรประจำวัน, ผู้ดูแล

¹นายแพทย์เชี่ยวชาญ, โรงพยาบาลขามทะเลสอ อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา

^{*}ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อินทรี ศรีพันธ์, อีเมล: Intirasriphan@gmail.com

Care Plan for Activities of Daily Living of Older Adult with Dementia for Care Givers

Intira Sriphan. Thai Board of Family Medicine.^{1}*

(Received: November 18th, 2022; Revised: February 18th, 2024; Accepted: March 8th, 2024)

Abstract

Dementia is an acquired loss of cognition in multiple cognitive domains sufficiently severe to affect social or occupational function. However, dementia is commonly associated with more than one neuropathology, such as Alzheimer's disease with a cerebrovascular pathology. Diagnosing dementia requires a history evaluation for cognitive decline and impairment in daily activities over time, with corroboration from close friends or family members. Dementia is a complex condition, The aim of treatment is to reduce the stress of care givers for patients with dementia and to reduce the suffering caused by the cognitive and accompanying symptoms (e.g., changes in mood and behavior), while delaying the inevitable progressive cognitive decline. This article summarizes the causes, characteristics, and risk factors of this disease, as well as provides care plans for Activities of Daily Living (ADL) for older adults with dementia for care Givers to follow for matters such as dressing, eating, bathing, elimination/toilet, stranding/walking/mobility, and environmental safety.

Keywords: dementia, activities of daily living, care givers

¹Medical Doctor, Expert Level, Khamtaleso Hospital, Khamtaleso District, NakhonRatchasima Province

* Corresponding author: Intira Sriphan, Email: Intirasriphan@gmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคสำคัญและมีค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงซึ่งส่งผลกระทบต่อวัยผู้ใหญ่ 5 ล้านคน และเป็นโรคอันดับที่ 5 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของชาวอเมริกันที่อายุมากกว่า 65 ปี ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในอเมริกาจะเพิ่มเป็นสองเท่าในปีพ.ศ.2603 (Falk et al., 2018) ในขณะที่ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบได้ร้อยละ 2-10 โดยสาเหตุของความแตกต่างของผลคัดกรองนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การประเมินทั้งประเทศโดยใช้แบบประเมินสภาพจิตของจุฬา (Low Chula mental test score [CMT]) และ แบบประเมินความบกพร่องกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (impaired self-care Activities of Daily Living [ADLs]) จากการศึกษาพบว่า อายุมากขึ้นพบภาวะสมองเสื่อมน้อยลง (อายุ 70-79 ปี พบ 31 % อายุ 80 ปีขึ้นไป พบ 11.6%) บางการศึกษามีผลตรงกันข้าม อาจเกิดจากการใช้เกณฑ์วินิจฉัยแตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงไม่เหมือนกันยิ่งระดับการศึกษาน้อย ยิ่งพบภาวะสมองเสื่อมมาก (อ่านไม่ออก พบ 28% เขียนไม่ได้ พบ 30.8%) จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่จังหวัดนครปฐม ลำปาง สกลนคร และระนอง โดยใช้ Thai mental state examination (TMSE) <25th percentile and impaired ADLs ได้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา แต่เสนอเป็นตัวเลขเพื่อให้เห็นความแตกต่างของการใช้แบบประเมิน พบว่า ยิ่งอายุมาก พบภาวะสมองเสื่อมน้อยลง อายุ 60- 64 ปี (ร้อยละ 41) อายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 26.4) อายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 17.4) อายุ 75-79 ปี (ร้อยละ 9) อายุ 80+ (ร้อยละ 6.2) ยิ่งระดับการศึกษาน้อย เกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นไม่ได้เรียน (ร้อยละ 25) ได้เรียน 1-4 ปี (ร้อยละ 68) ประถมศึกษา (ร้อยละ 3) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 0) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 1) ในต่างจังหวัด ความชุกทั้งประเทศ อ่านไม่ออก (ร้อยละ 28.3) เขียนไม่ได้ (ร้อยละ 30.8) (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำอาชีพ หรือการเข้าสังคม การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำอาชีพหรือการเข้าสังคม การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิดที่เกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของความคิดที่ลดลง จึงมีความสำคัญมากใน การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านสำคัญมาก ไม่เพียงแต่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังช่วยลดความเหนื่อยล้าของญาติและผู้ดูแลอีกด้วยด้วยภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทำได้เพียงประคับประคองอาการไม่ให้แย่ลง (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565) การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพ ได้รายงานผลการศึกษาไว้ 6 ประเด็นคือ 1) ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 2) จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 3) ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4) พาไปตรวจตามแพทย์นัด 5) จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 6) ชวนทำนันทนาการทำทานไหว้พระสวดมนต์ใช้เป็นแนวทางในการให้

คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม (วัชชัย เขื่อนสมบัติ, และคณะ, 2561)

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีเป็นภาวะเรื้อรังที่มีการสูญเสียความสามารถทางความคิด (Cognitive ability) 2 ด้านหรือมากกว่า โดยมีสาเหตุจากโรคสมองหรือการได้รับบาดเจ็บ (Arvanitakis et al., 2019) ทำให้เกิดผลกระทบต่อความจำ การคิด พฤติกรรมและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (จริยา จันตระ และคณะ, 2562) ในทัศนของผู้แต่งหมายถึง เป็นภาวะเรื้อรังที่มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม การทำงานซับซ้อน ภาษา ความจำระยะสั้นไม่ดี ความสนใจลดลง ความสามารถในการรับรู้สังคมลดลง แยกตัว (Social Cognition) สูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อนและอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวมประมาณ 5% เพิ่มขึ้นเป็น 37 % ในคนที่อายุมากกว่า 90 ปี ความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมี 17 % อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นสองเท่าในแต่ละทศวรรษหลังอายุ 60 ปี (Bott & Lindsay, 2019) ความชุกด้านพฤติกรรม (Behavioral) และด้านจิตใจ (Psychological) ในโรคภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้ถึงร้อยละ 87 ควรค้นหาอาการนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว (สิรินภา อภิสิทธิ์กัญญา และคณะ, 2562) อาการหลงลืม การใช้ภาษาไม่ได้และไม่ถูกต้อง มีอารมณ์เฉยเมยหรือก้าวร้าว ผันร่าย เดินเซ ทำให้ทราบวินิจฉัยโรคภาวะสมองเสื่อมได้ มีความจำเป็นที่ครอบครัวและผู้ดูแลต้องรู้จักยาที่จะใช้กับผู้ป่วย ในสหรัฐอเมริกา การวินิจฉัยแต่แรกของภาวะสมองเสื่อมใช้แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นร่วมด้วย (Global Deterioration Scale [GDS]) เพื่อทราบระยะของโรคที่และแยกแยะการพยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยเป็น (Sousa et al., 2020)

สาเหตุ สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ ดังนี้

1. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด อาการโดยทั่วไปจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้น (Short-term memory loss) มีความบกพร่องด้านความจำเป็นช่วง ๆ (Episodic memory impairment) (Arvanitakis et al., 2019)

2. โรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัจจัยความเสี่ยงทางหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคหลอดเลือดอื่น ๆ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ภาวะสมองเสื่อมจากลิวอี้บอดี (Lewy body dementia [LBD]) มักมีประวัติมีพฤติกรรมผิดปกติในช่วงหลับฝันหรือการนอนที่มีการเคลื่อนไหวตาไปอย่างรวดเร็ว (Rapid eye movement behavior disorder หรือ [REMS]) มีอาการเป็นปี นำหน้าอาการบกพร่องด้านความคิด (Cognitive impairment), เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) และประสาทหลอนภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease Dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) และส่วน

ขมับ (temporal lobe) มีประวัติของพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น บุคลิกภาพเฉยเมย (Apathy) พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) (Arvanitakis et al., 2019)

3. ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) ขาดวิตามินบี 12 (Vitamin B12 deficiency) เลือดออกในกะโหลกใต้ชั้นดรูรา (Subdural Hematoma) (จริยา จันตระและคณะ, 2562)

4. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium) สับสนในช่วงเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมเปลี่ยน อาจซึมมากเกินไปหรือกระสับกระส่าย มีหูแว่วเป็น ๆ หาย ๆ HIV (Human immunodeficiency virus infection) หรือ โรคซิฟิลิสขึ้นสมอง (Neurosyphilis) มีประวัติความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์สูงหรือใช้ยาเสพติด ภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอจากหัวใจล้มเหลว (Hypoperfusion from heart failure) มีประวัติหัวใจวายหรือเป็นลม เนื้องอกในสมอง (Intracranial tumor) มีอาการชัก, แขนขาอ่อนแรง อาการข้างเคียงของยา (Medication adverse effects) ใช้ยา anticholinergic drugs , Benzodiazepines, opioids , muscle relaxants กลุ่มอาการความจำเสื่อมที่เกิดจากการขาดวิตามิน B1 (Wernicke-Korsakoff syndrome) มีประวัติติดเหล้า (Falk et al., 2018)

ปัจจัยเสี่ยง

กลไกการเกิดโรคสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่

1. อายุมากขึ้น (Aging) เป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ส่งผลกระทบต่อร้อยละ 5-10 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และส่งผลกระทบต่อร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (Arvanitakis et al., 2019) บางการศึกษามีผลตรงกันข้าม อาจเกิดจากการใช้เกณฑ์วินิจฉัยแตกต่างกัน

2. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ของภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ เพศหญิง เผ่าพันธุ์ผิวดำ (Black race) เชื้อชาติสเปน (Hispanic ethnicity) และปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น Apolipoprotein E (APOE) gene (Arvanitakis et al., 2019)

3. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อาหารและการจำกัดความคิด (limited cognitive) ขาดการออกกำลังกายและ ขาดกิจกรรมทางสังคม (Arvanitakis et al., 2019) ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะขาดวิตามิน โรคหัวใจที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดลิ่มเลือดที่มาจากหัวใจอุดตัน (Cardio-embolic stroke) ภาวะกรดอะมิโนชนิดทำลายผนังหลอดเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) การรักษาโดยให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone replacement therapy) อุบัติเหตุที่ศีรษะ ระดับการศึกษาต่ำ สัมผัสสารพิษ และ ภาวะติดเชื้อภายในมดลูก (Intrauterine infection) (จริยา จันตระและคณะ, 2562)

อาการและการแสดง

พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการประเมินอาการและการแสดงที่สามารถสังเกตได้ ในด้านความคิด ความจำ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านการนอนหลับและด้านทางกายภาพ ดังนี้ (Arvanitakis et al., 2019)

1. ด้านความคิดความจำ (Cognitive) ในระยะแรกผู้ป่วยจะสูญเสียความจำระยะสั้น (Short-term memory loss) มีความจำบกพร่องเป็นช่วง ๆ (Episodic memory impairment) ตัวอย่างเช่น ลืมนัดหมาย ลืมจ่ายใบเสร็จที่เรียกเก็บเงิน ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดเมื่อไม่นานนี้ เช่น ภายใน 2-3 อาทิตย์ที่ผ่านมาที่เพิ่งออกจากบ้านไป (Arvanitakis et al., 2019) ลืมว่าชื่อของไปแล้วหรือชื่อของขึ้นเดิมหลายครั้งที่ร้านขายของ ผุดบทสนทนาซ้ำ ๆ (Falk et al., 2018) อ่านไม่รู้เรื่องแต่เขียนหรือคัดลายมือได้ (Anomia) หรือไม่สามารถหาคำที่มีความหมายได้ (Semantic deficits) มีปัญหาในการใช้คำทดแทน ใช้ภาษาไม่ชัดเจน (What you eat with “for” fork) (Arvanitakis et al., 2019) ในระยะหลังสูญเสียความจำในการทำงานที่สามารถทำได้ทันทีและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ลืมการใช้เทคโนโลยีเรื่องครัวเรือน ตัวอย่างเช่น ลืมวิธีใช้ไมโครเวฟ ลืมว่าจะกดปุ่มหมายเลขโทรศัพท์อย่างไร (Arvanitakis et al., 2019) มีความยากในการทำชิ้นงานที่คุ้นเคยที่มีหลายขั้นตอน เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานต้องการการตรวจสอบมากกว่าเมื่อก่อน (Falk et al., 2018) มีเหตุการณ์สูญเสียด้านภาษา เช่น ความบกพร่องในเข้าใจคำพูด (Global aphasia) มีความผิดพลาดเวลากำลังพูด ใช้คำในประโยชน์น้อย ขาดการเริ่มต้นในการสนทนา คูเจียบ (Arvanitakis et al., 2019)

2. ด้านจิตใจ (Psychological) ระยะแรกมีอาการเฉยเมย (Apathy) ขาดการเริ่มต้นคิดหรือขาดการกระทำ เช่น ไม่เตรียมตัวกินข้าว มีอาการซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวังและสูญเสียเป้าหมายในชีวิต ระยะหลังมีอาการหลงผิด (Delusion) มีระบบความเชื่อที่ผิด เช่น ลดความสัมพันธ์ อยู่คนเดียว หรือคิดว่าผู้ดูแลกำลังจะขโมยเงิน (Arvanitakis et al., 2019)

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ถอนตัวจากสังคม ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการสนทนาง่าย ๆ มีพฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) ผุดมากเกินไป เช่น อาการพูดเลียนแบบ (Echolalia) อาการพูดซ้ำเร็ว (Palilalia) และมีการชอบใช้ปาก (Hyperorality) เช่น การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ เช่น กินจาน (Arvanitakis et al., 2019) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น, สูญเสียความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น, บกพร่องการตัดสินใจ (Falk et al. 2018) ระยะหลังมีอาการก้าวร้าว (Aggression) ผุดก้าวร้าว เช่น ร้องลั่น ก้าวร้าวทางกาย เช่น ขว้างสิ่งของ พเนจร (Wandering) เดินออกจากบ้านไปกลางดึกและหลงทาง (Arvanitakis et al., 2019)

4. ด้านการนอนหลับ (Sleep) ระยะแรกมีพฤติกรรมผิดปกติช่วงหลับฝัน (REMS) มีความฝัน เช่น กำลังวิ่งเวลาฝัน มึนๆ ใล่ๆ ระยะหลังวงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและลุกจากเตียง นอนตื่นสายและงีบหลับอีกครั้งช่วงกลางวัน

5. ด้านทางกายภาพ (Physical) มีการบกพร่องทางการเดิน (Gait impairment) เช่น หกล้ม ระยะหลังมีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากจำเจ (Repetitive purposeless movements) จับกระดุมเสื้อเป็นชั่วโมงโดยไม่เป็นสุข (Arvanitakis et al., 2019) มีกลุ่มอาการการเคลื่อนไหวน้อยและช้า อาการสั่น อาการแข็งเกร็ง และปัญหาการเดิน (Parkinsonism) กัมสิริชะ คางชิดหน้าอก ลำตัวค่อม ไหล่งุ้ม แขนหมุนเข้าด้านใน งอข้อศอก ข้อเข่าและข้อสะโพกงอ (Stooped posture), ก้าวสั้น ๆ การเดินไม่มั่นคง มีความแข็งกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า มีชักเกร็ง มีกระดูกแขนขาหักโดยไม่ตั้งใจในช่วงที่ไม่รู้สึกตัว (Arvanitakis et al., 2019)

การรักษา มี 2 วิธี

มีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นและจากการศึกษามีการปรับปรุงการรักษาโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง (Falk, Cole, & Meredith, 2018)

1. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้การจัดการอาการกระสับกระส่าย (Agitation) ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้แก่ SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors) และ Risperidone มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ลดอาการกระสับกระส่ายในภาวะสมองเสื่อมทุกชนิด (Strength of Recommendation A base on meta-analysis) Olanzapine และ Risperidone มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ลดอาการกระสับกระส่ายในภาวะสมองเสื่อมมากกว่ายาตัวหลอก (Strength of Recommendation B base on one high-quality RCT) (Gale et al., 2021) Olanzapine และ Risperidone เป็นยาที่มีโอกาสได้ใช้แต่การรักษาโดยไม่ใช้ยาสำคัญที่สุด คือการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การรักษาด้วยยามีข้อจำกัด ในขณะที่การรักษาโดยไม่ใช้ยาสามารถหยุดการดำเนินของโรคและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) กำหนดการดูแลทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นหลักซึ่งแนะนำการวางแผนดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก ระบบบริการการฟื้นฟูเป็นที่ยอมรับได้อย่างกว้างขวางและมีเป้าหมายเพื่อให้ลดภาวะพึ่งพิงให้ได้มากที่สุดโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและสหสาขาวิชาชีพ (Gupta et al., 2021)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

- การอ่านหนังสือ, การเล่นเกมส์
- การออกกำลังกาย
- การมีกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่นและครอบครัว
- การกินอาหารที่รักสุขภาพ
- การนอนหลับที่เพียงพอ
- การจัดบ้านให้ปลอดภัย
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวกับหนังสือมอบอำนาจ

การวางแผนดูแลระยะยาวเมื่อภาวะสมองเสื่อมถึงระยะหลัง

การดูแลด้านการเงินเกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สิน

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การดูแลทางจิตใจ (Arvanitakis et al., 2019)

การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

เป้าหมายโดยรวมเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิด (Cognitive impairment) ซึ่งเกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อชะลอความเสื่อมของการรับรู้และความเข้าใจ (Cognitive Decline) (Arvanitakis et al., 2019)

การเตรียมตัวของผู้ดูแลช่วยทำกิจกรรมและคุณสมบัติของผู้ดูแล

คุณสมบัติของผู้ดูแล

ผู้ดูแลควรมีคุณสมบัติเป็นผู้ไม่มีอารมณ์เครียด หงุดหงิด รีบเร่งใจร้อน เพราะ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกนั้นๆ ได้ และอาจหงุดหงิดต่อต้าน ไม่ร่วมมือหรือเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

ผู้ดูแลควรมีการวางแผนระยะยาวเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะหลัง

การดูแลอาการภาวะสมองเสื่อมที่ซับซ้อนควรจะได้รับการส่งต่อให้ผู้ดูแลเฉพาะ เช่น ผู้จัดการด้านอาการ เช่น พยาบาลผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักฝึกอาชีพหรือนักบำบัดการพูด จากการศึกษาโดยการสังเกต (Observational studies) และการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่าง 2-3 เรื่อง (Randomized Controlled trials) หลักสำคัญที่พบคือ แนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยาจะมีประโยชน์มาก แม้ว่าตัวอย่างที่มีประโยชน์จะมีน้อยและจำนวนน้อย

ผู้ดูแลควรมีความสนใจทางคลินิกของผู้ป่วยการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยถือเป็นเรื่องที่สำคัญมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจนถึงระดับการดูแลภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Primary care)

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและมีการรักษาที่ให้(Intervention) อาจทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นและราคาไม่สูง ยังพบข้อมูลที่มีประโยชน์อยู่ (Arvanitakis et al., 2019)

การจัดตั้งสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญมากในวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์ทั่วไปเป็นเจ้าของไข้ซึ่งเป็นแพทย์ทั่วไปเป็นคนที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นคนเดียวที่ติดต่อกับผู้ป่วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรวินิจฉัยให้ชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพของโรครวมถึงปัจจัยแต่ละบุคคล ในการมีส่วนร่วมต้องทราบเรื่องภาวะสมองเสื่อม การทราบระยะของภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ

ผู้ป่วย, สภาพครอบครัว, ความต้องการในช่วงการดำเนินของโรคได้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับปรุงระบบสุขภาพที่มีอยู่และระบบการบริการที่ดูแลทางสังคม

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก การจัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีความซับซ้อนและต้องการความรู้ ทักษะและระบบการจัดการดูแลที่เหมาะสมอย่างครบวงจร (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิด (Cognitive training) ได้แก่ การอ่านและเล่นเกมที่เกี่ยวข้องกับความคิด เช่น หมากรุก เกมไพ่บริดจ์ (Bridge) อาจช่วยรักษาด้านความคิด ความจำ และการทำกิจวัตรประจำวันให้คงอยู่ มีการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) ผลการศึกษาพบว่า ควรหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลและความเครียดจากกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามสูงกับผู้ป่วย การรักษาด้วยดนตรีหรือศิลปะและจากประสบการณ์อาจช่วยรักษาทางความคิด ความจำ (Cognitive) หรือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะช่วยเก็บความจำเก่าในวัยเด็กไว้ได้นานที่สุด การรักษาความทรงจำ (Reminiscence therapy) ด้วยการรักษาทางจิตใจ (Psychotherapy) โดยใช้ประวัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล เรื่องราวชีวิตตอนเยาว์วัย และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจช่วยทำให้สภาพจิตดีขึ้น (Arvanitakis et al., 2019) การนำนาฬิกาที่มีเข็มบอกเวลามีตัวเลขอ่านง่าย ให้ผู้สูงอายุดู แล้วสอบถามว่า ช่วงนี้เป็นเวลาอะไร กลางวันหรือกลางคืน ปกติเข้านอนกี่โมง ตื่นกี่โมง เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชอบฟังหรือคุ้นเคย นั่งฟังเพลงด้วยกันและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพลง เช่น ใครเป็นนักร้อง ชอบเพลงนี้เพราะอะไร ให้ผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์ที่จดจำได้ นำรูปภาพสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เช่น บ้าน วัด ศาสนสถาน หรือสถานที่ท่องเที่ยวที่เคยไป ให้ผู้สูงอายุดูภาพและถามชื่อสถานที่ อยู่ที่ไหน จังหวัดใด ภาชนะอะไร (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565) จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิด แม้จะมีประโยชน์จำกัดแต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้น การรักษาโดยไม่ใช้ยาสามารถหยุดการดำเนินของโรค (Gupta et al., 2021)

หลักในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม

หลายๆพฤติกรรมไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและรับทราบว่าพฤติกรรมนั้นๆเป็นส่วนหนึ่งของอาการเจ็บป่วย การแก้ปัญหาทำได้โดยไม่ตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้นๆ แล้วเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังเรื่องอื่น จำไว้ว่าสถานการณ์ใดเป็นตัวกระตุ้นต่อไปจะได้หลีกเลี่ยง(พงศธร เนตราคม,2563)

2. การประเมินและดูแลด้านการเคลื่อนไหว การเดิน ทดสอบความสามารถในการขึ้น การเดินและการทรงตัว การสวมรองเท้าที่พอดี ควรเป็น รองเท้าหุ้มส้น พื้นไม่ลื่น สวมแว่นตาและอุปกรณ์ช่วยฟัง ถ้ามีปัญหาผู้ป่วยเดินไม่ได้ ควรออกกกำลังกายบนเตียงหรือเก้าอี้ (Arvanitakis et al.,2019)

3. การส่งเสริมการออกกำลังกายแอโรบิก (Aerobic) เช่น การเดิน การว่ายน้ำ และแอนแอโรบิก (Anaerobic) เช่น การยกน้ำหนัก มีประโยชน์ช่วยให้สุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ลดความเสี่ยงเรื่องความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และการทดลองแบบสุ่มแนะนำว่าวิธีการเหล่านี้อาจมีผลดีต่อทางความคิดความจำ

(Cognitive) และการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) (Arvanitakis et al., 2019)

4. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว การมีกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการจัดงานวันเกิด กิจกรรมวันหยุด การมีกลุ่มความจำบกร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกันการมีกิจกรรมฝึกสัตว์ เช่น การรักษาด้วยสุนัข (Arvanitakis et al., 2019)

5. การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น Mediterranean diet อาทิเช่น ผักใบเขียวปริมาณสูง แนะนำการกินอาหารเพื่อบำรุงสมอง (Brain –Healthy diet) เช่น ถั่ว เบอร์รี่ ผักใบเขียว ปลา (Arvanitakis et al., 2019) ซึ่ง Mediterranean diet เป็นการรับประทานอาหารแบบผู้คนที่อาศัยอยู่ในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน เช่น กรีซ อิตาลีตอนใต้ สเปน เน้นหลักการสำคัญ 9 ประการและนำมาปรับใช้กับอาหารของคนไทยได้ดังนี้

5.1 Mediterranean diet คือ เน้นรับประทานธัญพืชต่าง ๆ เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีต เมล็ดงา และถั่วต่าง ๆ เน้น ผัก (High vegetables) เพิ่มความหลากหลายของผักในมื้ออาหาร อย่างน้อย 5 สี ควรมีสัดส่วนของผัก ประมาณครึ่งหนึ่งของจานในแต่ละมื้อ เน้นผลไม้ (High fruits) ควรรับประทานผลไม้ทุกวันในสัดส่วนที่พอเหมาะ เช่น ฝรั่ง ชมพู แอปเปิ้ล อะโวคาโด เป็นต้น เน้นปลา (High fish) เช่น ปลาแซลมอน ปลาทูน่า เป็นต้น ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ เนื้อแดง หรือเนื้อที่ผ่านการแปรรูป (Low red and processed meat)

5.2 เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันดี (High Good Fat) เลือกใช้น้ำมันมะกอกเป็นหลักในการปรุงอาหาร ถ้าไม่สามารถใช้น้ำมันราข้าวทดแทนได้ ให้สรรพคุณใกล้เคียงกัน ลดอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น เนยขาว มาการีน จำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Moderate Alcohol) ออกก ำลังกายสม่ำเสมอ (Regular Physical Activity) (มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, งานโภชนาการ, 2564)

ถ้าผู้ป่วยเริ่มใช้ช้อน ส้อมไม่เป็น พิจารณาให้รับประทานอาหารที่สามารถใช้นิ้วหยิบรับประทานได้ สะดวก ควรเตือนความจำถึงรสชาติและกลิ่นอาหาร (จริยา จันตระ และคณะ, 2562) ปัญหาที่พบบ่อยคือ จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว ไม่รู้จัก วิธีการใช้ช้อนส้อม ปัญหาในการกลืน การเคี้ยวหรืออาจต้องป้อนอาหาร

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ตรวจสอบสภาพเหงือกและฟัน ความสามารถในการเคี้ยวและการกลืน เป็นระยะ ๆ คงบรรยากาศการกินอาหารอย่างเดิม ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลาที่เริ่มจัดอาหาร ด้วยขนาด ตำแหน่งของโต๊ะเก้าอี้ คอยเตือนล่วงหน้า เมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร จัดอาหารชนิดที่คุ้นเคย เคี้ยวง่าย และระวัง การสำลัก บางครั้งจำเป็นที่จะต้องบดอาหารหรือทานอาหารเหลว โดยเน้น คุณค่าและปริมาณอาหารแต่ละมื้อ คอยบอกวิธีรับประทานให้ค่อย ๆ เคี้ยวแล้ว ค่อย ๆ กลืนช้า ๆ ไม่ควรเคร่งครัดกับ พิธีรีตรองหรือมารยาทบน โต๊ะอาหารมากนัก ควรทำบรรยากาศให้สบาย ๆ ควรระวังอาหารที่ร้อนจัดเกินไป เพราะผู้ป่วยอาจรับรู้ไม่ได้

เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน อาหารบนโต๊ะไม่ควรมีหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน อาจทำให้สับสนได้ (Arvanitakis et al., 2019)

การลืมนินยา ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องกินยาเป็นประจำ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจกินยามากเกินไปพอ ๆ กับไม่ได้กินเพราะจำไม่ได้ว่ากินยาแล้วหรือยัง

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ผู้ดูแลต้องคอยจัดยาให้ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ค่อยพอใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก แต่การจัดยาให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรงนั้นเป็นสิ่งจำเป็น จัดยาสำหรับ 1 วัน หรือ 1 สัปดาห์โดยใช้อุปกรณ์จ่ายยาซึ่งมีขายตามร้านขายยา ใส่ยาให้อุปกรณ์จ่ายยาสำหรับ 1 วัน หรือ 1 สัปดาห์ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุสามารถกินยาตามคำสั่งแพทย์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุช่วยกันตรวจดูยาที่เหลือและกากบาทแต่ละวันที่ผ่านไปบนปฏิทิน (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565)

6. การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เช่น ไม่รบกวนการนอนหลับ และจำนวนชั่วโมงการนอนที่ขาดไป (Arvanitakis et al., 2019) ปัญหาการนอนที่มักพบ คือ การไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินไปเดินมา และการนอนหลับมากในตอนกลางวัน

แนวทางการจัดการกับปัญหา: พยายามจัดเวลานอนให้เป็นเวลา คอยเตือนผู้สูงอายุเมื่อใกล้ถึงเวลานอน พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที และไม่ควรเกินบ่าย 3 โมงเย็น กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาเดินเป็นประจำในช่วงเช้าและช่วงเย็น มีแสงสว่างเพียงพอในห้องนอน หลีกเลี่ยงคาเฟอีน (ชา กาแฟ) น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ถ้าไม่นอนหลายคืนควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรให้ยานอนหลับเอง ถ้าอากาศสลับ ในวันที่ไม่มีแดด ผู้สูงอายุอาจคิดว่าเป็นกลางคืน อาจจะทำให้นอนโดยไม่กินข้าว จะต้องปลุกให้กินข้าว (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565)

7. การดูแลสุขลักษณะที่เหมาะสม เช่น อาบน้ำสม่ำเสมอ ตรวจสอบอุณหภูมิก่อนให้ผู้ป่วยอาบน้ำระวังพื้นห้องน้ำลื่น ผู้ป่วยที่แช่ในอ่างน้ำ ต้องระวังลื่น ผู้ดูแลอาจแสดงให้ผู้ป่วยคว่ำระดับน้ำไม่ลึกเกินไปเพราะผู้ป่วยอาจกังวลหรือกลัว ไม่ควรมีอุปกรณ์อาบน้ำหลายอย่างเพื่อไม่ให้สับสน ขณะช่วยอาบน้ำ อาจส่งอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยทำเอง (จริยา จันตระและคณะ, 2562) การแต่งตัว ปัญหาที่มักพบ คือ จำไม่ได้ว่าเก็บเสื้อผ้าไว้ที่ไหน ไม่ทราบว่าจะต้องใส่อะไรก่อน – หลัง ไม่ทราบวิธีการใส่ ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีเอาไว้ทำอะไร เป็นต้น

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ช่วยเตรียมเสื้อผ้าไว้ให้ใส่อย่างเป็นลำดับ บอกหรือช่วยแต่งตัว เป็นลำดับ

ทุกครั้ง สถานที่แต่งตัวให้เป็นตำแหน่งเดิมทุกครั้ง ถ้าผู้สูงอายุแต่งตัวเองได้ ควรให้เวลาไม่ต้องเร่งรีบพยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

8. การขับถ่าย ปัญหาที่มักพบ คือ ผู้สูงอายุมัก จะไม่รู้ว่าจะเมื่อไรจึงจะใช้ห้องน้ำ อาจกลั้น อุจจาระไม่ได้หาห้องน้ำไม่พบ เข้าไปในห้องน้ำแล้ว ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร และอาจถึงขั้นขับถ่ายไม่เป็นที่

แนวทางการจัดการกับปัญหา: พยายามจัดเวลาการขับถ่ายให้เป็นเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิม

ในสหรัฐอเมริกาการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) เรื่องการนำอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกความจำ (Cognitive Training) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดมาเข้าร่วมกันในการปรับปรุงความจำในคนที่มีความเสี่ยงต่อความจำลดลง การศึกษาไม่พบหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าบริการดูแลช่วงกลางวันที่ออกแบบมาสำหรับผู้ที่เป็ภาวะสมองเสื่อมเลื่อนความจำเป็นในการรับเข้าบ้านพักคนชรา (Nursing Home) การรับเข้าเรียนในบ้านพักคนชราดูเหมือนจะมีพื้นฐานมาจากการรวบรวมการดูแลที่ซับซ้อนของลักษณะแต่ละส่วนบุคคลและหน้าที่ทั้งในผู้ที่เป็ภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว ผลการวิจัยควรพิจารณาตามข้อจำกัดของกำลังที่ไม่เพียงพอและอัตราการออกกลางคันที่สูงของผู้ดูแล (AMM, et al.,2018)อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภาวะภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงยังคงมีความยากในการมีส่วนร่วม เรื่องความจำการออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (สิรินภา อภิสิทธิ์ ภิญญและคณะ, 2562)

ศูนย์รับเลี้ยงผู้สูงอายุ (Day care center) และสิ่งอำนวยความสะดวกในการมีชีวิต อาจช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่รับบริการที่บ้านพักคนชรา อาจช่วยเหลือได้เร็วในจากการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) ของทีมคณะแพทย์ (Staff) และ แพทย์ฝึกหัด (Resident) มีการดูแลและปฏิบัติตามขั้นตอนวิจัย (Clinical Protocol) สำหรับการดูแลอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคอาจช่วยดูแลการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ต่อเนื่องได้เลย (Arvanitakis et al.,2019) โดยใช้วิธีการฝึกอบรมในการใช้ระเบียบวิธีทางคลินิกที่มีโครงสร้างของ BPSD พร้อมการสนับสนุนทางคลินิกภายนอกและการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ BPSD (McCabe et al., 2015)

9. การใช้ภาษาพูดและภาษากายกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลควรพูดอยู่ด้านหน้า สบตาผู้ป่วย เสียงชัด ใช้เวลาผู้ป่วยนึก ใช้ประโยคเชิญชวน (จริยา จันตระและคณะ, 2562)

10. การเคารพผู้ป่วยเหมือนผู้ใหญ่

ดูแลสุขภาพจิตใจผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม ตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในการทำกิจกรรม เช่น การเล่นเกม

11. การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การดัดแปลงครัว ภายนอกบ้าน เช่น การขับรด ให้ความปลอดภัยทั้งจิตใจของผู้ป่วยทางกายภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทางการเงิน ควรดูแลโดยผู้ดูแลที่สนใจให้ปลอดภัย เช่น ความเสี่ยงไฟไหม้ในครัวอาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการควบคุมการรับประทานยา ประเมินเรื่องอาวุธ ปืนหรืออาวุธอื่นๆความปลอดภัยภายนอกบ้านรวมถึงการทำงานผู้ดูแลอาจอำนวยความสะดวกโดยให้หยุดทำงาน (Arvanitakis et al.,2019)

สิ่งที่สำคัญที่ต้องพิจารณาสำหรับครอบครัวและผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อม คือ ภาระงานที่มากของผู้ดูแลภาระอาจเป็นทางกายภาพหรือทางการแพทย์ เช่น การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลกับภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ อารมณ์หรือภาวะจิตใจ เช่น เครียด ,เหนื่อยล้า (burnout) ,ซึมเศร้า และหรือเรื่องการเงิน การป้องกัน รับรู้ตั้งแต่แรกและแก้ปัญหา เช่น การส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์เพื่อรับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นการบูรณาการวางแผนจัดการที่มีประสิทธิภาพ การทดลองแบบสุ่มแสดงให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลแบบตัวต่อตัวเทียบกับทางโทรศัพท์เท่ากัน ทั้งปรับปรุงคุณภาพการดูแลและไม่มีความแตกต่างในประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ทั้งสองวิธีเพราะเฉพาะการคุยโทรศัพท์อย่างเดียวก็มีประโยชน์ (Arvanitakis et al., 2019) ทางเลือกในการนอนโรงพยาบาล อาทิเช่น โรงพยาบาลที่ออกแบบคล้ายบ้าน จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมแผนกผู้ป่วยนอกที่มีผลต่ออารมณ์ที่ผ่อนคลาย สามารถลดความเสี่ยงของภาวะเพื่อสับสน (Delirium) และภาวะแทรกซ้อนในแผนกผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ด้วย (Bott & Lindsay, 2019)

บทสรุป

แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลทั้งการรักษาใช้ยาและไม่ใช้ยา ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในการเตรียมตัวในการดูแลเพื่อสร้างสังคมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยการเตรียมตัวของผู้ดูแล ช่วยทำกิจกรรม และคุณสมบัติของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิด การประเมินและดูแลด้านการเคลื่อนไหว การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การใช้ภาษาพูดและภาษากายกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การเคารพผู้ป่วยเหมือนผู้ใหญ่ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- คมเนตร สกุลชนะศักดิ์, สิทธิพันธ์ จันทร์พงษ์, และพูนสุข ทองเสียน. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 97-111.
- จิริยา จันตระ, อุบลารณนา พิศาลสารกิจ, ปิณฑิพร สิริทิพยากร, ปิยภัทร เดชพระธรรม, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ... สุวิทย์ เจริญศักดิ์.(2562). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม*. ภาพพิมพ์.
- รัชชัย เชื้อนสมบัติ, สิริพันธุ์ สาสัดย์, และอริย์วรรณ อ่วมตานี. (2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 233-241.
- พงษ์ธร เนตราคม. (2563). *บทความจิตเวช หลักในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <https://psychiatry.or.th/home/index.php/psyarticles/60-news7>
- มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล งานโภชนาการ (2564). *ความรู้ทั่วไป อาหารรักษ*

- หัวใจ. สืบค้นจาก <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge/food-2/>
- โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล. (2565). บทความสุขภาพ ปัญหาที่พบบ่อยและข้อแนะนำผู้ป่วยสมองเสื่อม. สืบค้นจาก <https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/health-tips/common-issues-and-recommendations-of-dementia-patients>
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรสา ชวาลภาฤทธิ์, สุภัทรพร เทพมงคล, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, วรพรรณ เสนาณรงค์...ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล. (2564). แนวทางปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. ฌนาเพรส.
- สิรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ, พูนศรี รังษิณี, พงศธร พหลภักย์, ภัทรี พหลภักย์, และวรินทร์ พุทธรักษ์. (2562). ลักษณะปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(4), 371-384.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16), 1589-1599.
- Bott, N., & Lindsay, A. (2019). Diagnosing dementia and clarifying goals of care. *American Family Physician*, 100(6), 369-371.
- Falk, N., Cole, A., & Meredith, T. J. (2018). Evaluation of suspected dementia. *American family physician*, 97(6), 398-405.
- Gale, A., Stoesser, K., Fortenberry, K., Ose, D., & Migdalski, A. (2021). Pharmacologic Management of Agitation in Patients with Dementia. *American Family Physician*, 104(1), 91-92.
- Gupta, A., Prakash, N. B., & Sannyasi, G. (2021). Rehabilitation in dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(5), 375-475.
- McCabe MP, Bird M, & Davison TE, (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging Ment Health*, 19 (9), 799-807.
- Rokstad AMM, Engedal K, Kirkevold Ø, Benth JS, Selbæk G. (2018) The impact of attending day care designed for home-dwelling people with dementia on nursing home admission: a 24-month controlled study. *BMC Health Serv Res*. 16;18(1), 1-11.
- Sousa, S., Teixeira, L., & Paul, C. (2020). Assessment of major neurocognitive disorders in primary health care: Predictors of individual risk factors. *Frontiers in Psychology*, 11 (1413), 1-7.