

บทความทางวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ปิติพร สิริทิพากร*

Siritipakorn, P.

Nurses' roles in caring for elderly people with dementia and the caregivers.

Thai Journal of Nursing, 63(4), 12-19, 2014.

Key Words: Dementia Care, Elderly People, Caregiver, Nurse Role.

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการสูญเสียความสามารถของสมองในเรื่อง ภาษา ความคิด การเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ สติปัญญา ความรู้ และการตัดสินใจ บางรายมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป และอาจมีอาการทางจิตประสาทด้วย ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการให้การดูแล ครอบครัวจึงเป็น

แหล่งสำคัญที่ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน อันอาจส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและรู้สึกเครียดได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวในการให้ความรู้ คำแนะนำ ช่วยเหลือการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป รวมถึงการจัดการความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแล

Abstract

Dementia is mostly found in the elderly throughout the world. Person with dementia will be losing the ability of the brain to functioning including language, thinking and learning, memory, emotional, intellectual knowledge and judgment, some patients had behavior and personality changes and/or psychological symptoms. These will affect to the ability to perform everyday activities. The pathological conditions of dementia inhibit person with dementia from taking complete care of themselves and make them require the care from others. Family are important source of home care and support for person with dementia. As a result of caring person with dementia, family caregivers may experience life change that would be expected to be stress. Therefore, nurses are well positioned to play important role in taking care of family caregivers such as sharing knowledge, giving advise, relieving burden and stigma as well as strengthening their coping.

*พยาบาล ฝ่ายการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในปี 2557 คาดว่า มีจำนวนถึง 10 ล้านคน (15.3%) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) แม้ว่าการก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถยืดอายุให้ยืนนานได้ แต่ร่างกายยังต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยต่างๆ โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ดังนั้นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีประมาณ 229,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 450,000 คน ในปี 2563 และ 1,200,000 คน ในปี 2593 ทั้งนี้เป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) ประมาณร้อยละ 40-70 % ของภาวะสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552)

ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในด้านความคิด ความรู้ ความจำ การตัดสินใจ และมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานในการดูแลตัวเองได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553) ภาวะสมองเสื่อมนี้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแลทั้งร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่บ้านอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไปตามสถานการณ์ในแต่ละวัน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552) และช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัว เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว พุติทำร้าย พุดจาหยาบคาย หูแว่ว เห็นภาพหลอน ร่ำร้องออกจากบ้าน ญาติผู้ดูแลต้องใช้เทคนิคในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นอีกด้วย (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552) การเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทำให้

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดความเครียด มีความรู้สึกเป็นภาระและเป็นตราบาปขึ้นได้ (Dickens et al., 2009) เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีชีวิตส่วนตัวหรืออยู่ในวัยทำงานที่มีบทบาทหน้าที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้มีภาระงานมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ซับซ้อน ยาก และต้องใช้เวลา ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม หากญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลทำให้เกิดความขัดแย้ง โกรธ ไม่มีความรัก อาจทำให้เกิดการทอดทิ้งหรือ ทำร้ายผู้ป่วยได้ทั้งกายและวาจา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

พยาบาลมี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในเรื่องการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary approach) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาในการดูแลหลายด้าน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้หลักการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการวางแผน การให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างดีและสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวรทำให้ความสามารถของสมองลดลง คิดและจำไม่ได้ เพราะมีการเสื่อมของระบบความจำ การใช้ความคิด และสูญเสียความสามารถ

ในการแก้ไขปัญหา หรือการควบคุมตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน

ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่แก้ไขได้และไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาให้หายได้ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง โรคของต่อมไทรอยด์ โรคติดเชื้อในสมองบางชนิด การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินบี อุบัติเหตุที่ศีรษะหรือการได้รับยาบางอย่าง เช่นการใช้ยากล่อมประสาทเป็นประจำ หรือที่เกิดจากโรคหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia) ซึ่งพบได้บ่อยเป็นอันดับที่สอง สามารถรักษาให้ดีขึ้นและป้องกันได้ อาการสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นหลังจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้สมองส่วนนั้นเสื่อมหน้าที่ สาเหตุหลักของโรคนี้คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ (British Columbia, 2010; ก้องเกียรติ ภูณัททันทราก, 2553; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553)

ภาวะสมองเสื่อมที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคอัลไซเมอร์ที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง (Degenerative dementia) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้คือ อายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่อง การได้รับบาดเจ็บของสมอง การใช้สุราที่ไม่ถูกต้อง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีประวัติการในครอบครัวที่เจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson) ภาวะสมองเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (Fletcher, 2012) ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อม ชนิดนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้ามียาที่ตรวจพบได้เร็ว ก็ยังสามารถช่วยชะลออัตราเสื่อมของสมองได้ จึงจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

โรคอัลไซเมอร์และการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายให้เห็น แต่มีความจำ ความคิดและการตัดสินใจ พฤติกรรม และอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานที่เปลี่ยนไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สามารถชักประวัติอาการเหล่านี้ได้จากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อย่างไรก็ตามโรคอัลไซเมอร์นี้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ ในบางครั้งญาติหรือผู้ดูแลอาจไม่ได้สังเกต เพราะส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าผู้สูงอายุหลงลืมตามวัยเป็นเรื่องธรรมดา จึงดูแลกันตามสมควร เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาความจำและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปมาก (Rose & Lopez, 2012) ที่ญาติไม่สามารถจัดการได้จึงพามาพบแพทย์ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552) หนึ่งในประเทศไทย ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์มีไม่มากพอ หรือมีความรู้เฉพาะกลุ่มคือ กลุ่มที่มีญาติเป็นผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ การวินิจฉัยตรวจพบผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในระยะแรกยังมีน้อย (Dickens et al., 2009; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ปัจจุบันยังไม่มียารักษาภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ให้หายขาดมียาที่ใช้ได้แก่ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChEIs) และ Memantine ที่เป็น Non-competitive inhibitors มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำ การรู้คิดและความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Tan et al., 2014)

สมาคมอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Association, 2012; Rose & Lopez, 2012) ได้แบ่งระยะของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็น 7 ระยะ ตามการสูญเสียความจำ (Memory loss) และความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional loss) ดังนี้

ระยะที่	การสูญเสียความจำ	การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม
1	ไม่มีปัญหาของด้านความจำ	ยังไม่พบความผิดปกติใดๆ สามารถทำงานได้ปกติ
2	ความจำลดลงเล็กน้อย (Very mild decline) เริ่มมีการหลงลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน	ผู้ป่วยเองจะเริ่มรู้สึกลดความสามารถในการจำน้อยลง แต่ไม่เป็นที่สังเกตสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด
3	ความสามารถในการรู้คิดลดลงเล็กน้อย (Mild cognitive decline) จำชื่อคนใหม่ๆ หรือสถานที่ใหม่ไม่ได้ ถ้าออกจากบ้านอาจหลงทางได้ พุดซ้ำ ถ้ามซ้ำ	ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ลดลง การเก็บสิ่งของผิดที่หรือหาสิ่งของตนเองไม่เจอ
4	ความสามารถในการรู้คิดลดลงปานกลาง (Moderate cognitive decline) ลืมประวัติส่วนตัว ความรู้เหตุการณ์ปัจจุบันลดลง	มีความยากในการทำกิจกรรมเช่น การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การจัดการการเงินการใช้จ่าย, เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย, ทำบางอย่างที่ไม่สมเหตุผล
5	ความสามารถในการรู้คิดลดลงมาก (Moderate severe decline) สับสนเรื่องเวลาและสถานที่ที่ไม่สามารถจำเรื่องสำคัญของชีวิต	อาจยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ บางครั้งไม่สามารถจำบ้านของตนเองได้
6	ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรง (Severe decline) ไม่สามารถที่จะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเร็วๆ นี้	สูญเสียความรู้คิด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการนอนหลับ เดินไปมาไร้จุดหมาย และหลงทาง
7	ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรงมาก (Very severe decline)	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ บางรายจะไม่เดิน สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร มีปัญหาข้อติด ปัญหาการกลืน

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์

หลักสำคัญสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ มีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค และใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการดูแลร่วมกันกับญาติ

ผู้ดูแล เนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ เป้าหมายการพยาบาลในบางระยะจึงคล้ายคลึงกัน โดยสรุปเป้าหมายการพยาบาลในระยะแรก ระยะปานกลางและระยะสุดท้าย (Fletcher, 2012; Rose & Lopez, 2012; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ระยะที่	เป้าหมายการพยาบาล
ระยะแรก ระยะที่ 1-4 ของโรคอัลไซเมอร์	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ยาที่ใช้และผลข้างเคียง 2. เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง(ถ้ามี) เนื่องจากการดูแลที่ยาก ซับซ้อน ยาวนาน ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนฟื้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ คลายความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล 3. วางแผนร่วมกันกับญาติผู้ดูแลในระยะยาว ในเรื่องสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนตาย การมอบอำนาจหรือการตั้งผู้อภิบาล
ระยะปานกลาง ระยะที่ 5-6 ของโรคอัลไซเมอร์	1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง 3. การดำรงไว้ซึ่งชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี 4. การจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Dementia care with co-morbidities) 5. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียด ของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล
ระยะสุดท้าย ระยะที่ 7 ของโรคอัลไซเมอร์	1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. การให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 3. การเตรียมตัวก่อนตายให้เป็นการตายที่ดี (Good death)

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ขณะอยู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ เป็นการดูแลที่บ้าน พยาบาลให้การดูแลดังนี้

1. การประเมิน ก่อนให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ญาติ ผู้ดูแล พยาบาลต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การรับประทาน ยา การขับถ่าย ว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตัวเอง หรือต้องมีผู้ช่วยหรือทำไม่ได้ ประเมินระดับของการรู้คิด ปัญหาการสื่อสาร ประเมินภาวะสุขภาพของของผู้ป่วย และประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแล ประเมิน ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจด้วย เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป และความเครียดของญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อป้องกันการเกิดความขัดแย้ง การ

ทอดทิ้ง และการทำร้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องประเมินถึงสิ่งแวดล้อม ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและญาติ ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ประเมินฐานะทางการเงินของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความซับซ้อนของแต่ละบุคคล และประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานโดยใช้ Barthel activity of daily living index: ADL (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งประเมิน ความสามารถทำกิจกรรม รับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียง การใช้ห้องน้ำ (ถอด ใส่ และการทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) Mobility: การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้อง การแต่งตัว สวมใส่/ถอดเสื้อผ้า (รวมถึงการ

ติดกระดุม รูดซิป และการใช้เสื้อผ้าเหมาะสม) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระหรือการต้องการการสวนอุจจาระ การกลั่นกรองปัสสาวะหรือใส่สายสวนปัสสาวะ

2. แนะนำอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้คอยสังเกตดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และสามารถนำมาปรึกษาแพทย์และปรับยาในการรักษาต่อไป อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ในระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Bradycardia, Dizziness, Asthenia และ Fatigue และในระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น นอนไม่หลับ ผันรำย Agitation กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว (Tan et al., 2014; ก้องเกียรติ ภูณภัทน์ทรากร, 2553)

3. แนะนำให้ญาติผู้ดูแลสังเกตและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในทักษะด้านอื่นๆ ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การขับรถ การเลือกซื้อสินค้า การเลือกซื้ออาหารจากร้านขายของ การทำอาหาร การจัดการการเงิน การทำความสะอาดบ้านด้วยอุปกรณ์ต่างๆ หรืออาจจะเป็นงานอดิเรกที่ผู้ป่วยเคยชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ ทำสวน ฟังเพลง ร้องเพลง เย็บปักถักร้อย เล่นกีฬา เป็นต้น กิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้ ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ควรแนะนำให้ญาติผู้ดูแลส่งเสริม กระตุ้น สนับสนุน และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไป เพื่อเป็นการฟื้นฟูความสามารถของสมองและชะลอการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อม

4. แนะนำญาติผู้ดูแล บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้เฝ้าระวัง สังเกตอาการ และค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไว้รื้อคดี เมืองไพศาล และคณะ รายงานว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบได้บ่อยและเกิดปัญหาในการดูแลมาก คือ การเดินไปมาไร้จุดหมาย (Wandering) พุดซ้ำ ถามซ้ำ (Repetitive questioning) กระวนกระวาย (Agitation) ขาดความยับยั้งชั่งใจ (Lack

of inhibition) หนูแว่วหรือเห็นภาพหลอน (Misperception/hallucination) ก้าวร้าว (Aggression) (Muangpaisan et al., 2010)

สาเหตุเกิดหลายปัจจัย เช่น ภาวะโรค ความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปหรือมีเสียงรบกวน แสงสว่างไม่เพียงพอ ภาวะขาดสารน้ำ ภาวะท้องผูก หรือเกิดจากการเข้าใจผิดจากความบกพร่องของการรู้คิด เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเหตุผลที่ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ สาเหตุใดที่ทราบและแก้ไขได้ ให้รีบแก้ไข โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น หรือหากิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การออกกำลังกาย การจัดห้องให้เงียบสงบ และมีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อลดอาการหนูแว่วและเห็นภาพหลอน หากอาการเป็นมากขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ ให้ปรึกษาแพทย์ (British Columbia, 2012; Fletcher, 2012)

5. ประเมินฐานะทางการเงิน และสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่รอดภายหลังได้รับการวินิจฉัยนานประมาณ 8-10 ปี ผู้ป่วยบางรายมีอายุยืนได้อีกถึง 20 ปี (Alzheimer's disease facts and figures, 2012) ยาที่รักษาในปัจจุบันยังมีราคาแพงมาก ยาบางตัวยังไม่ครอบคลุมสิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นการวางแผนการดูแล นอกจากค่าใช้จ่าย ยังมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลในอนาคต เช่น การจ้างผู้ดูแล อาหารทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่ได้รับทางสายยาง จากมีปัญหากลืน หรือผู้ป่วยลีบวิธีการกลืนอาหาร รายที่กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ต้องใส่ผ้าหรือกางเกงซับน้ำหรือสายสวนปัสสาวะ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ โดยเฉพาะในรายที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง อาจต้องเรียกใช้รถพยาบาล หรือซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมาใช้ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เช่น เตียงที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น หรือการอยู่ในสถานดูแล

6. ให้การดูแลทางกฎหมาย อาการของผู้ป่วย

ทำให้ตัดสินใจได้ไม่เหมาะสม เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน
หนี้สินส่วนตัวหรือครอบครัว เช่น การเป็นผู้ค้ำประกัน
การยกทรัพย์สินให้ผู้อื่นโดยญาติไม่ทราบ ตลอดจนการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สถาบัน
ประสาทวิทยาได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม
(Clinical practice guidelines for dementia) พ.ศ. 2551
โดยมีแนวทางการแนะนำการดำเนินกฎหมาย สรุปดังนี้
(สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

- 1) แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงการวินิจฉัย การ
ดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค โดยมีการบันทึกเป็น
ลายลักษณ์อักษรไว้ในเวชระเบียน
- 2) แจ้งผู้ป่วยและญาติถึงข้อควรระวังในการขับรถ
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยในระยะแรก ที่ยังไม่สูญเสีย
การรู้คิด ในการทำพินัยกรรม และแต่งตั้งบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้พิทักษ์ในการจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการตั้งผู้อภิบาลผู้ป่วยภายหลังเมื่ออาการของโรคสมองเสื่อมเป็นมากขึ้น รวมถึงและการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการทำหนังสือเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

4) แจ้งผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมาย
ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น
การลักขโมยของ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ
การดูหมิ่น เป็นปัญหาดีอาญา และปัญหานี้ขึ้นจากการ
ทำสัญญาเป็นผู้ค้ำประกัน หรือการยกทรัพย์สินให้
ผู้อื่นเป็นปัญหาทางคดีทางแพ่ง

โดยสรุป ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อให้กับ
ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลายประการ พยาบาลจำเป็นต้อง
มีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของโรค การดำเนินโรค และ
การดูแลรักษา จึงสามารถให้คำปรึกษา แนะนำในการ
จัดการดูแล และจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่
เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และครอบคลุม
ทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดูแลที่อยู่ที่บ้าน
โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ
กายและใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล
อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของโรค
การดำเนินโรค การดูแลรักษา และการใช้เทคนิคการรับมือ
กับปัญหา

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ ภูณัททันทรากร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพมหานคร: พรวาเพรส.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2553). *สุขภาพดีสมใจในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- _____. (บรรณาธิการ). (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: แอดทีฟพริ้นท์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*, ค้นเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2557, จาก <http://pni.go.th/cpg/dementia-2008.pdf>

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2557*, ค้นเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2557, จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การดูแลผู้ป่วยภาวะภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*, ค้นเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2557, จาก http://v2.agingthai.org/files/users/3451/page/20100204_94330.pdf
- สินทร จันศิริกาญจน. (2552). *คู่มือยืดยอายุสมอง*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- Alzheimer's disease facts and figures. (2012). *Alzheimer's & Dementia*, 8(2), 131-168.
- British Columbia. (2012). Best practice guideline for accommodating and managing behavioural and psychological symptom of dementia in residential care. Retrieved April 9, 2014, from <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>
- Dickens, H., Jolley, D., O'Connor, C., Passmore, P., Robinson, L., Todd, S., et al. (2009). Better recognition of dementia: A guide for general practice. *Practice Nursing* 20(6), s1-s15.
- Fletcher, K. (2012). Geriatric nursing protocol: Recognition and management of dementia. Retrieved April 30, 2014, from http://consultgerim.org/topics/dementia/want_to_know_more
- Muangpaisan, W., Praditsuan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalaporn, S., et al. (2010). Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Medical Association of Thailand* 93(5), 601-607.
- Rose, K. M., & Lopez, R. P. (2012). Transitions in dementia care: Theoretical support for nursing roles. *Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 4.
- Tan, C. C., Yu, J. T., Wang, H. F., Tan, M. S., Meng, X. F., Wang, C., et al. (2014). Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's & Disease* 41(2), 615-631.