JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research

ภาวะสมองเสื่อม: ความรู้ความเข้าใจโรคและความท้าทาย สำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแล

Dementia: Knowledge and Understanding of illness and care challenging for Psychiatric Nursing

รัชภัทร เครืออินทร์[1], วิภาวดี พากดวงใจ[1], อุบลวรรณ ภู่สว่าง[1], กัมปนาท ตื้อเป็ง[1], กัญญาวีญ์ แก้วมาก[1], ชาลินี สุวรรณยศ[1*], หรรษา เศรษฐบุปผา[1]

Ratchapat Khruain[1], Wipawadee Phakduangjai[1], Ubonwan Poosawang[1], Kumpanad Turpeng[1], Kanyawee Kaewmak[1], Chalinee Suvanayos[1*], Hunsa Sethabouppha[1]

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[1]

Department of Psychiatric Nursing Faculty of Nursing, Chiang Mai University[1]

(Received: October 18, 2022; Revised: December 9, 2022; Accepted: January 23, 2023)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งมีการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาคือ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายก็จะอ่อนแอลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง ทำให้เกิดความผิดปกติของความจำ การใช้และความเข้าใจภาษา ทักษะการคิด การตัดสินใจ ทักษะในการทำกิจกรรม และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งยังเกิดผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงนับเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช เนื่องจากพยาบาลจิตเวชต้องให้การพยาบาลและให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งมีความซับซ้อน ดังนั้นหากพยาบาลจิตเวชมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคแล้ว จะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมได้ ซึ่งการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูโรค ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมตามระยะการดำเนินการของภาวะสมองเสื่อม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชมีองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะทางชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม สาเหตุ การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และการรักษา ซึ่งภาวะของโรคจะมีความซับซ้อนจึงเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชที่จะนำความรู้นี้มาประยุกต์ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ความเข้าใจในการดูแล, ความท้าทาย, พยาบาลจิตเวช, ภาวะสมองเสื่อม

ผู้ให้การติดต่อ ชาลินี สุวรรณยศ e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

Abstract

Currently, Thai society has entered an "Aging Society," which has rapidly increased the elderly population. As a result, as people age, their bodies weaken and suffer from more illnesses and deterioration. Dementia, in particular, is a common illness with an increasing prevalence. Dementia is a syndrome caused by deterioration of brain function, impaired memory, language expression and comprehension, cognitive and decision-making skills, activity engagement, and changes in personality affecting working efficiency or daily life. Caring for people with dementia is, therefore, a challenge for psychiatric nurses. This is a challenge because psychiatric nurses must provide nursing care for people with dementia who have complex behavioral and emotional problems. Therefore, if the psychiatric nurse already has knowledge and understanding of the condition of the disease, it will result in more efficient nursing practice, including the skills to care for people with dementia holistically. Caring for people with dementia is challenging for psychiatric nurses to provide comprehensive care following the nursing process, including health promotion, prevention, nursing care, and rehabilitation. Therefore, psychiatric nurses have knowledge of and understanding of dementia. Therefore, it will assist in nursing planning and providing accurate and appropriate nursing care according to the progression of dementia.

This article aims to provide psychiatric nurses with the knowledge obtained from the review of the literature on biological characteristics, genetic factors, etiology, disease progression, prognosis, and treatment. The condition of the disease is complex, so it is a challenge, and the role of a psychiatric nurse is to apply this knowledge as a guideline for caring for and helping people with dementia to have a better quality of life.

Keywords: Knowledge of Care, Challenging, Psychiatric Nursing, Dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการทำงานที่เปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ด้านการรู้คิด (Cognitive Function) และสติปัญญา (Intellectual Function) ของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีการเสื่อมของความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวเป็นอาการเด่น คือ มีอาการหลงลืม มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract Thinking) ลดลง การตัดสินใจผิดพลาด มีปัญหาในการพูด การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ (Shives, 2012) ความผิดปกติที่กล่าวมานี้จะรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อหน้าที่การงาน ชีวิต

สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยอาการแสดงดังกล่าวนั้นจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช ในช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค (โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, บุปผา ใจมั่น, วิจิตรา จิตรักษ์, ศิริญพร บุสหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม, 2563) ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงต้องให้การพยาบาลและให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ทำให้ต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะทางชีวภาพทางพันธุกรรมศาสตร์ สาเหตุ การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และการรักษา ซึ่งถือว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชที่จะนำองค์ความรู้นี้มาประยุกต์ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยอัตราของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมีประมาณ 55 ล้านคน โดยมากกว่า 60% อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุในประชากรเพิ่มขึ้นในเกือบทุกประเทศ โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคน ในปี 2573 และ 139 ล้านคน ในปี 2593 (World Health Organization, 2022) สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุรวมจำนวนทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 จึงคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน (ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564)

ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยร้อยละ 61-92 จะมีอาการก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมการแสดงออกที่วุ่นวาย กรีดร้อง กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง มีความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิด คือ มีอาการหลงผิด มีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งเร้า คือ มีอาการประสาทหลอน อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน เดินออกนอกบ้านอย่างไร้จุดหมาย หลงลืม ชอบทะเลาะกับผู้ดูแล วิตกกังวล ซึมเศร้า บางครั้งเฉยเมย มีปัญหาในการนอน นอนไม่หลับ เป็นต้น (ชัชวาล วงค์สารีและศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561)

หากเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นแล้ว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ดังนั้น การทบทวนองค์ความรู้ความเข้าใจในอาการและอาการแสดง สาเหตุ การวินิจฉัย รวมถึงการดูแลรักษา จึงเป็นประเด็นสำคัญในการนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลักษณะทางชีวภาพ

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายบริเวณสมองโดยมีลักษณะทางชีวภาพที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างในเซลล์สมองที่มีการบิดงอผิดรูป ลักษณะเนื้อสมองฝ่อหรือเหี่ยว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การเกิดอุบัติเหตุ และการติดเชื้อไวรัส (Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) ภาวะสมองเสื่อม เป็นสภาวะที่สมองมีการทำงานที่บกพร่องเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์สมอง โดยไม่สามารถคงประสิทธิภาพการทำหน้าที่ไว้ดังเดิมได้ ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานประสานกับเซลล์อื่น (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, 2560) ซึ่งเกิดได้จากโครงสร้างในเซลล์สมองหลาย ๆ ตำแหน่ง

หรือตำแหน่งเดียวกันแต่มาจากต่างสาเหตุกันได้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสามารถอธิบายออกมาเป็นลักษณะทางชีวภาพตามโครงสร้างของสมอง โดยความผิดปกติจะเริ่มที่สมองในส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ ความคิด การตัดสินใจ และการใช้เหตุผล โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่ทำหน้าที่สัมพันธ์กับไมโครทูบลู (Microtubules) ที่ทำหน้าที่ในการยึดไมโครทูบลู (Microtubules) เข้าด้วยกัน เป็นโครงสร้างค้ำจุนให้แก่เซลล์ประสาท ลำเลียงอาหารสมอง รับ-ส่งกระแสประสาท ดังนั้น เมื่อมีการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจึงทำให้เกิดการคลายตัว บิดงอ มีการมัดรวมตัวเองกลายเป็นก้อนแทงเกิล (Tangle) เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Neurofibrillary Tangles) และกลุ่มก้อนโปรตีน (Amyloid Plaques) รวมกับการตกตะกอนของโปรตีนชนิดที่ไม่ละลายน้ำ (Beta-Amyloid) ดังนั้น จึงทำให้กลุ่มก้อนโปรตีน (Amyloid Plaques) แทรกเข้าไปอยู่ตามเซลล์ประสาทส่งผลให้ร่างกายมีการกระตุ้นทำให้เกิดการตอบสนองโดยการทำลายเซลล์ประสาทขึ้นมา (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, 2560; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

ปัจจัยด้านพันธุกรรม

ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครอบครัวอื่น (Khannok, 2015) ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า มีญาติสายตรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดมากถึง 3-4 เท่า จากการศึกษาพบว่ามีการสืบทอดทางพันธุกรรมในลักษณะ Autosomal Dominant ของ Chromosome คู่ที่ 21 ซึ่งในผู้ที่มียีนผิดปกติบางชนิดจะเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ที่มีความผิดปกติของ APOE4 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 20 ถึง 90 เป็นต้น การตรวจพบยีน (Gene) ที่ผิดปกติในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของเบต้า-อะไมลอยด์ (Beta-Amyloid) คือ Amyloid Precursor Gene ที่อยู่บนโครโมโซม (Chromosome) คู่ที่ 21 Presenilin 1 ที่อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 14 และ Presenilin 2 ที่อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 1 โดยยีนที่ผิดปกติทั้ง 3 ชนิดดังกล่าวนี้จะพบในผู้ที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ส่วน Apoliopoprotein (APOE) ที่อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 19 จะพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Khannok, 2015)

ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านพันธุกรรมในผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมจึงมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าครอบครัวอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เป็นญาติสายตรงก็จะมีความเสี่ยงมากกว่า และยังพบว่ามีการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมที่มีลักษณะโครโมโซมหรือยีนที่ผิดปกติที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมได้อีกด้วย

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามสาเหตุ พยาธิสภาพ วิธีการรักษา และการป้องกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมปฐมภูมิ (Primary Dementia) พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท ในอดีตที่ผ่านมาโรคในกลุ่มนี้มักไม่ทราบสาเหตุ จึงไม่สามารถที่จะทำการรักษาให้หายขาดหรือป้องกันได้จึงเรียกกลุ่มอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่า ภาวะสมองเสื่อมชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Non – Treatable Dementia) พบมากประมาณร้อยละ 60 – 70 ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมทั้งหมด และมักพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โรคที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อม ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) (โชติกา น้อยม่วง, 2565) จากการสูญเสียเซลล์ประสาทและไซแนปส์ (Synapse) ภายในซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) และบริเวณใต้คอร์เท็กซ์ (Cortex) ของสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองฝ่อและมีการเสื่อมของสมองส่วนต่าง ๆ เกิดเป็นอะไมลอยด์ พลาก (Amyloid Plaque) และนิวโรไฟบริลลารี แทงเกิล (Neurofibrillary Tangle) ปริมาณมาก โดยเฉพาะบริเวณกลีบขมับ (Temporal Lobe) จึงทำให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ สูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง โดยเริ่มจากความสามารถเชิงซ้อน เมื่ออาการมากขึ้นจะเกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ภาษา การรู้คิด และการสื่อสาร (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้จะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรคได้ (มุกดา หนุ่ยศรี, 2559)

2. ภาวะสมองเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary Dementia) หมายถึง กลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มนี้ มักจะมีอาการดีขึ้น หรือสามารถรักษาและป้องกันได้ จึงเรียกกลุ่มอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สามารถบำบัดรักษาได้ (Treatable Dementia) (โชติกา น้อยม่วง, 2565) หากสามารถรักษาสาเหตุของโรคได้ อาการสมองเสื่อมก็จะหายไป (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561)

ทั้งนี้โรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหลายตำแหน่ง (Multi – Infarct Dementia) ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcoholic Dementia) ภาวะสมองเสื่อมจากน้ำเกินในโพรงสมอง (Hydrocephalic Dementia) ภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อ (Infections Dementia) โรคสมองฝ่อครอยท์ซเฟลด์-เจคอบดิซิส (Creutzfeldt –Jakob Disease) โรคเอดส์ (AIDS) โรคซิฟิลิส (Syphilis) โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal Meningitis) โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค (Tuberculus Meningitis) สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บ (Tramatic Dementia) เนื้องอกสมอง (Intracranial Mass Lesion) ภาวะสมองเสื่อมจากสารพิษ (Toxic Dementia) การขาดอาหารโดยเฉพาะกลุ่มวิตามินบี ได้แก่ วิตามิน B1, B12, Niacin และ Folate (Nutritional Dementia) และภาวะสมองเสื่อมจากต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ (Endocrine Dementia และ Metabolic Dementia and Systemic Disease) (Alzheimer's association, 2020)

การดำเนินโรค

ภาวะสมองเสื่อมมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรค ชนิดของโรค ระดับการศึกษาของผู้ป่วย เป็นต้น โดยทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ได้แบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อมไว้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะต้น (Mild Dementia) มีอาการเล็กน้อย เช่น เริ่มมีอาการหลงลืม สูญเสียความทรงจำระยะสั้น ลืมสถานที่ที่คุ้นเคย แต่สุดท้ายอาจจะนึกขึ้นได้ เป็นการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ (ชัชวาล วงค์สารี และศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561)

2. ระยะกลาง (Moderate Dementia) อาการของโรคเริ่มปรากฏชัดเจนขึ้น เริ่มมีปัญหาในการเรียนรู้และจดจำสิ่งใหม่ ๆ เช่น สิ่งของ บุคคล สถานที่ใหม่ ๆ ไม่ได้ เริ่มหลงลืมเหตุการณ์ที่สำคัญในช่วงที่ผ่านมา หลงลืมชื่อคน จำทางกลับบ้านไม่ได้ มีปัญหาด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หนีออกจากบ้าน ถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ และมีความต้องการผู้ดูแล (ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) อาจพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหลงผิด ซึ่งพบได้ร้อยละ 10–73 โดยเฉพาะชนิดหวาดระแวง (Paranoid Delusion) เช่น เชื่อว่ามีคนมาขโมยของ ส่วนอาการประสาทหลอนพบได้ร้อยละ 31–41 เช่น ประสาทหลอนทางการมองเห็น (Visual Hallucination) ประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา (Alzheimer's association, 2020)

3. ระยะท้าย (Severe Dementia) ผู้สูงอายุจะมีการบกพร่องในการรู้คิดชัดเจนมากขึ้น อาการในระยะนี้ได้แก่ ไม่ทราบและไม่สนใจเวลาและสถานที่ จำชื่อคนใกล้ตัวหรือเพื่อนไม่ได้ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด่าทอ ไม่ทราบอารมณ์และความรู้สึกของคู่สนทนา เป็นต้น สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร สื่อสารความต้องการไม่ได้ ทักษะทางภาษาลดลง พูดได้เป็นวลี หรือเป็นคำ ๆ จนไม่สามารถพูดได้เลย (กชกร ฉายากุล, 2563) ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันน้อยมากหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย ดังนั้น อาจเริ่มมีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564)

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมมักมีลักษณะของอาการพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง จนในที่สุดผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต

การพยากรณ์โรค

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการพยากรณ์ของโรคที่แตกต่างกันออกไปตามสาเหตุของการเกิดโรค เช่น ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) มักจะเกิดในผู้สูงอายุ โดยจะมีอาการเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และจะค่อย ๆ ทรุดลงเรื่อย ๆ จนอาการรุนแรงและอาจจะเสียชีวิตได้ โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) จะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี โดยทั่วไปมักจะเสียชีวิตจากปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเสียชีวิตจากภาวะสมองเสื่อม ส่วนภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อ (Infectious Dementia) จะมีการพยากรณ์ของโรคที่แตกต่างกันตามชนิดของการติดเชื้อ เช่น ผู้ที่เป็น CNS syphilis หรือ Chronic meningitis ที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะมีอาการดีขึ้นจนความจำกลับคืนมา (เบญจลักษณ์ มณีทอน และณรงค์ มณีทอน, 2559)

พยาธิสภาพสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ 3 ประการที่สำคัญ คือ สูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น (Nerve Cell Communication) การเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ (Nerve Cell Metabolism) และกระบวนการซ่อมแซมเสียไป (Nerve Cell Repair) จึงทำให้เซลล์สมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมหยุดทำงานหรือสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่นและเซลล์เหล่านี้ก็จะตายในที่สุด ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยจะเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่บริเวณสมองส่วน Hippocampus ก่อน ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมเรื่องความจำจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (Short Term Memory) และต่อมาความสามารถของผู้ป่วยในด้านการทำงานที่ทำอยู่เป็นประจำสูญเสียไป หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ในระยะต่อมาจะมีการตายของเซลล์สมองเกิดขึ้นที่บริเวณของผิวสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมด้านภาษาและการใช้เหตุผล (Dominant Hemisphere) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาและการตัดสินใจ ส่งผลทำให้บุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จนท้ายที่สุดเซลล์สมองที่ผิวสมองจะมีการเสื่อมสลายเพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดสมองทั้งหมดฝ่ออย่างเห็นได้ชัด พยาธิสภาพของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีลักษณะเด่น 2 ประการที่เกิดจากโปรตีน 2 ชนิด คือ Amyloid Plaques และ Neurofibrillary Tangles โดย Amyloid Plaques เป็นโปรตีนเชิงซ้อนที่ประกอบด้วยโปรตีนที่ไม่ละลายน้ำ (Beta-Amyloid) รวมกลุ่มกันแน่นพร้อมกับมีส่วนประกอบของเซลล์สมองที่แตกสลายหรือตายปนกับ Microglia และ Astrocate เป็นกระจุก โดยที่โปรตีนเชิงซ้อนนี้จัดอยู่นอกเซลล์สมอง ส่วน Neurofibrillary Tangles เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในเซลล์สมองโดยมีลักษณะผิดปกติเป็นเส้นยาว ๆ ที่บิดตัวกันเป็นเกลียวพันส่วนประกอบส่วนใหญ่ของ Neurofibrillary Tangles คือ โปรตีนชนิดที่เรียกว่า Tao Protein (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, 2560)

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาและการดูแลรักษาโดยใช้ยา (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

1. การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา

โดยเน้นที่การรับรู้ (Cognition-Oriented) เช่น การฝึกรับรู้วันเวลาสถานที่จากรายการทีวี ปฏิทินการฝึกฝนความจำจากการฝึกจำหน้าคน ร้องเพลง สวดมนต์ เกมส์หลับตาทายสิ่งของ การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การวาดภาพ การเต้นรำ การแต่งตัว การเต้นแอโรคบิค การรำไทเก๊ก (ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) เน้นเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ Cognitive Training, Reality, Orientation Therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง หรือการฝึกความจำ Memory Training ใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยิน และสายตาดี (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, 2560)

2. การดูแลรักษาโดยใช้ยา

ปัจจุบันยาที่ได้รับการยอมรับในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มี 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1. Cholinergic Therapy ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มักพบว่ามีการทำลายของระบบประสาท Cholinergic โดยยาที่นำมารักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกถึงปานกลาง คือ ยากลุ่ม Centrally Acting Cholinesterase Inhibitors (ChEIs) ในประเทศไทยคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ใช้ได้ 3 ชนิด ได้แก่ Donepezil, Rivastigmine และ Galantamine โดยพบว่ายาทั้ง 3 ชนิดมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาและมีคุณสมบัติทางเภสัชจลศาสตร์ที่แตกต่างกัน นอกจากยาจะใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์แล้วก็ยังมีข้อบ่งใช้ในโรคสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ด้วย โดยรวมพบว่าทุกชนิดมีประสิทธิภาพให้ผลดีกว่ากลุ่มยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้าน Cognitive Function อาการด้านจิตใจ พฤติกรรม และอื่น ๆ (ชุติพันธ์ หนูสุก, 2558)

2.2. Non-Cholinergic Therapy คือ ยา Memantine เป็นยาที่มีกลไกยับยั้ง NMDA Receptor ซึ่งเกี่ยวกับระบบกลูตาเมต (Glutamate System) ระบบดังกล่าวมีผลต่อการเรียนรู้และความจำ เมื่อมีการทำลายเซลล์ประสาทในสมองมากขึ้น พบว่า จะมีการปลดปล่อยสารสื่อประสาทกลูตาเมตออกมามาก จากนั้น กลูตาเมตจะเข้าไปจับกับ NMDA Receptor ทำให้เกิดการเปิดออกของ Calcium Channel ทำให้ Calcium เข้าสู่เซลล์มากขึ้น จากนั้นเซลล์จะเสียสมดุลและตายไปในที่สุด Memantine ออกฤทธิ์ยับยั้ง NMDA Receptor แบบ Noncompetitive โดยตัวยาจะไม่รบกวน Glutamate ในภาวะปกติ โดยยามีข้อบ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในระยะปานกลางถึงรุนแรง (ชุติพันธ์ หนูสุก, 2558)

2.3. Psychotic Drug สำหรับยาในกลุ่ม Psychotic Drug มักใช้ร่วมกันกับยาใน 2 กลุ่มแรก เพื่อแก้ไขปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย การรักษาทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาค่อนข้างให้ผลการตอบสนองที่ไม่ได้ดีมากนัก เนื่องด้วยการดำเนินของโรคมักแย่ลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาพบว่า ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเห็นได้ชัดและมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอก แต่อย่างไรก็ตามระยะเวลาของการเป็นโรคที่นานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ทรุดลงซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลในกรณีศึกษา

จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า อันเนื่องมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และผลจากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้อัตราของผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมจึงมีความท้าทายและมีความสำคัญ ดังนั้น ควรเน้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนวัยอันควรและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลจิตเวชต้องมีองค์ความรู้ต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเสื่อมสภาพของเซลล์สมองที่เกิดจากสาเหตุได้หลากหลาย บุคคลในครอบครัวที่มีประวัติสมองเสื่อมจะมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้มากกว่าคนอื่นและผู้ที่เป็นโรคนี้ในระยะกลางจะมีปัญหา

พฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งดูแลจัดการได้ยาก ส่วนอาการในระยะท้ายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและมีโอกาสเสียชีวิตได้

2. ความท้าทายของพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน ดังนั้น หน้าที่ในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากรัฐบาล ในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การดูแลที่บ้าน ในชุมชน และในหน่วยบริการ โดยการให้บริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่มุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในการให้การบริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ ซึ่งพยาบาลจัดเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงต้องมีองค์ความรู้ตามที่กล่าวมา อีกทั้งพยาบาลยังต้องดูแลจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งมีความซับซ้อนในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย โดยอาการนี้จะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก (ปิติพร สิริทิพากร, 2559) แม้ในปัจจุบันจะมีการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งการรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยาอยู่มากมาย แต่ก็ยังเป็นอะไรที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการรักษาที่ไม่ใช้ยา อีกทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับวิถีใหม่ (New Normal) เพราะหากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะส่งผลให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบของปอด ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนแก๊สระหว่างถุงลมและหลอดเลือดเป็นไปได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากและการหายใจล้มเหลวตามมา (สุรัยยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทยมกุล, 2563) ทำให้พยาบาลต้องใส่ใจดูแลเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคน มีลักษณะทางกายภาพและพื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น การดูแลก็จะแตกต่างกันไปในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละคนด้วย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยหลักการไม่ใช้ยานั้น หากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นในด้านต่าง ๆ และการฝึกฝนทักษะที่ช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง ก็จะเป็นผลดีต่อการรักษาที่สามารถทำคู่กับการรักษาแบบใช้ยาได้ เช่น การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (Sensory Stimulation Interventions) และการกระตุ้นการรู้คิด/อารมณ์ (Cognitive/Emotion Orientated Interventions) รวมถึงการฝึก Skill Training ตัวอย่างเช่น (Abraha, Rimland, Trotta, Dell'Aquila, Cruz-Jentoft, Petrovic, et al., 2017, อ้างถึงใน สุทิศา ปิติญาณ, 2562) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (Sensory Stimulation Interventions) ยกตัวอย่างเช่น

1.1) สุคนธบำบัด (Aromatherapy) การใช้น้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความวิตกกังวล หงุดหงิดวุ่นวาย กระวนกระวายใจ และกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบของการใช้สุคนธบำบัดมีหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น สูดดม ทา นวด อาบแช่ กลิ่นที่นิยมใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ กลิ่นเมลิซซา (Melissa) กลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender) และ กลิ่นเลม่อน (Lemon) อย่างไรก็ตามกลไกการออกฤทธิ์ของการใช้สุคนธ

บำบัดในการรักษานั้นยังไม่ทราบแน่ชัด และการศึกษาที่มีในปัจจุบันยังมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่แตกต่างกันไปขึ้นกับวิธีการทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคุณภาพของการศึกษาวิจัยนั้น ๆ (Methodological Quality)

1.2) การรักษาด้วยแสงสว่าง (Bright Light Therapy) เพื่อช่วยในการปรับวงจรนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Rhythms) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ช่วยพัฒนาเรื่องการรู้คิด (Improve Cognition) ช่วยกระตุ้นการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยปรับวงจรการนอนหลับ ปรับพฤติกรรม และอาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งแสงที่นำมาใช้มีขนาดตั้งแต่ 5,000- 10,000 LUX ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษา แต่ผลการศึกษาที่ได้ส่วนใหญ่ไม่เห็นชัดเจนในทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการศึกษาทดลองที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดน้อย รูปแบบการศึกษาที่ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาทดลองเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากเป็นประเทศที่มีแสงแดดตลอดปี ดังนั้น ในทางปฏิบัติหากไม่มีข้อห้ามใด ๆ แนะนำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมตื่นกลางวันและให้มีกิจกรรมในช่วงกลางวันโดยให้โดนแสงแดดยามเช้า เพื่อส่งเสริมวงจรการนอนหลับของผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.3) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ช่วยเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรงที่สูญเสียความสามารถด้านภาษา อาจมีประโยชน์ในแง่ของการทบทวนความจำและการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) รวมถึงช่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอีกครั้งการศึกษาจำนวนมากในปัจจุบัน พบว่าดนตรีบำบัดจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เป็นต้น และการกระตุ้นผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การรู้คิด อารมณ์ การเข้าสังคม การสื่อสาร เป็นต้น ทั้งนี้ดนตรีบำบัดมีได้หลายรูปแบบ เช่น การร้องเพลง การฟังเพลง การเต้นรำ การเล่นเครื่องดนตรีต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความสนใจ ความพร้อม สมรรถนะ และความสามารถในการมีกิจกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย

1.4) การออกกำลังกาย (Exercise) ช่วยลดความรู้สึกพลุ่งพล่าน กระวนกระวายใจ ปรับอารมณ์ให้ผ่อนคลาย สดชื่น แจ่มใสมากขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพในการนอนหลับ จากการศึกษาที่มีในปัจจุบัน พบว่า การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม ตัวอย่างการออกกำลังกาย เช่น การฝึก Tai Chi การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching) การเดิน การฝึกการทรงตัว (Balance) การฝึกความแรงและความยืดหยุ่น (Strength – Flexibility) เป็นต้น

1.5) การรักษาที่ใช้หลักการกระตุ้นระบบประสาท (Snoezelen Room) โดยมีการสัมผัสหลาย ๆ มิติพร้อม ๆ กัน (Multi-Sensory Stimulation) เช่น การใช้แสงสว่าง พื้นผิวสัมผัสที่แตกต่างกัน การใช้เสียงดนตรีสุคนธบำบัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นตัวช่วยในการกระตุ้นการมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน และการรับกลิ่นในผู้ป่วยสมองเสื่อมไปพร้อม ๆ กัน หรืออาจจัดในรูปแบบของการใช้พืชสวนบำบัดท่ามกลางแสงแดด (Sensory Garden and Horticultural Activities) ซึ่งใช้หลักการเดียวกันกับการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.6) การรักษาด้วยสัตว์เลี้ยง (Animal Assisted Therapy) การนำสัตว์เลี้ยงมาเป็นเพื่อนเล่นให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการทบทวนการศึกษาพบว่า ช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการหงุดหงิดวุ่นวาย เพิ่มจำนวน

และคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แต่ทั้งนี้การศึกษายังมีจำนวนน้อย ประกอบกับมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่เหมาะสม ความถี่ของกิจกรรมในการอยู่เล่นของสัตว์เลี้ยง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่นำเข้ามาศึกษา

2. การกระตุ้นการรู้คิด/อารมณ์ (Cognitive/Emotion Orientated Interventions) ยกตัวอย่างเช่น

2.1) การฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคลให้ถูกต้องตามความเป็นจริง (Reality Orientation) วัตถุประสงค์ของเทคนิคนี้คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริง ช่วยกระตุ้น เตือนความจำให้ผู้ป่วยและลดความวิตกกังวล แต่ต้องระมัดระวังการย้ำถึงจุดอ่อนว่าหลงลืมจนเกินไป เพราะอาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการหงุดหงิด อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว วุ่นวายได้

2.2) การจัดกิจกรรมที่ระลึกถึงความทรงจำดี ๆ ในอดีต (Reminiscence Therapy) เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เรื่องราวที่ผ่านมาของผู้ป่วยสมองเสื่อม ช่วงเวลาวัยเด็ก วัยทำงาน หรือช่วงชีวิตที่ผู้ป่วยมีความสุข โดยอาจใช้อุปกรณ์ช่วยดำเนินการสนทนา เช่น รูปถ่าย หนังสือ สิ่งของเครื่องใช้ที่คุ้นเคย เป็นต้น กิจกรรมนี้นอกจากจะช่วยเรื่องความตระหนักในอัตลักษณ์และคุณค่าของตนเองแล้วยังช่วยเรื่องการกระตุ้นความ จำได้ ลดพฤติกรรมอารมณ์ หงุดหงิดวุ่นวาย ลดภาวะซึมเศร้า ช่วยเรื่องการสื่อสาร ปรับอารมณ์ของผู้ป่วย ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันอาจยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากความแตกต่างของวิธีการศึกษาทดลอง ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการนำไปใช้อาจต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป นอกจากนี้การจัดกิจกรรมระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตควรเป็นเรื่องราวความทรงจำที่ดี ประทับใจ หลีกเลี่ยงเรื่องราวสะเทือนใจที่ไปกระตุ้นความรู้สึกในทางลบ เพราะอาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้ (Abraha, Rimland, Trotta, Dell'Aquila, Cruz-Jentoft, Petrovic, et al, 2017, อ้างถึงใน สุทิศา ปิติญาณ, 2562)

3. การฝึกทักษะกิจกรรมใหม่ ๆ (Skill Training) และง่าย เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การแต่งตัว การเต้นรำ-ฟ้อนรำ การเล่นดนตรี การเขียนบันทึกประจำวัน เป็นต้น เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับเดิมนานที่สุด และเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2559)

โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมข้างต้นมีข้อเสนอแนะแนวทางในการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใน 4 มิติ สำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล การส่งเสริมที่ดีที่สุด คือ การให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตัวเองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมขั้นต้น โดยจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม การประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาคมหมู่บ้าน หรือโรงเรียน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในอนาคต และส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน การจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลาย และเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน อีกทั้งควรมีแหล่งสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และในสถานการณ์ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ เช่น การใช้สื่อออนไลน์มาให้ความรู้เพื่อป้องกันการ

ติดเชื้อถ้าต้องมาให้ความรู้แบบตัวต่อตัว และควรมีทีมพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องด้วย

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การรักษาสภาวะทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย โดยต้องมีทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสมองเสื่อมที่เพียงพอในการประเมินและการคัดกรองเชิงรุก เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว และสามารถตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยเพื่อการวางแผนการดูแลในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา อีกทั้งควรป้องกันแบบองค์รวมในทุก ๆ ด้าน เช่น เรื่องการออกกำลังกายเพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม การดูแลเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม อาหารที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมที่ช่วยฝึกสมองและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติและผู้ดูแล และท้ายที่สุดควรมีทีมสุขภาพจิตช่วยแนะนำในเรื่องการเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวล การลดความเครียด รวมทั้งการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นได้กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลด้วย

3. การพยาบาลเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เมื่อมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและญาติได้ และในกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น อาการหวาดระแวง พยาบาลควรให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามกระบวนการพยาบาลใน 5 ขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย เช่น ประเมินว่าผู้ป่วยอาจจะมีอาการหวาดระแวงไม่ยอมรับประทานอาหารมาหลายวัน ซึ่งจะมีผลต่อภาวะโภชนาการได้ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง 3) การวางแผนการพยาบาล โดยการตั้งเป้าหมายว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ครบตามความต้องการของร่างกาย 4) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การช่วยเหลือนำอาหารมาให้ผู้ป่วยรับประทานและอยู่ดูแลจนรับประทานอาหารได้หมด และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งหลังจากให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยไม่ขาดสารอาหารและสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ นอกจากนี้ควรมีหน่วยงานเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลามไปมากกว่าเดิมหรือมีภาวะที่รุนแรงมากขึ้น อีกทั้งควรเน้นย้ำญาติในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลร่างกายของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย สิ่งสำคัญอีกอย่าง คือ การจัดกิจกรรมเพื่อบำบัด เช่น ดนตรีบำบัดมีได้หลายรูปแบบ เช่น การร้องเพลง การฟังเพลง การเต้นรำ การเล่นเครื่องดนตรีง่าย ๆ ต่าง ๆ การออกกำลังกาย หรือแม้แต่ในงานวิจัยต่างประเทศที่ได้ให้คำแนะนำไว้ในเรื่องสุคนธบำบัด การใช้น้ำมันหอมระเหย การรักษาด้วยแสงสว่างเพื่อปรับวงจรนาฬิกาชีวภาพ การเลี้ยงสัตว์ ตามงานวิจัยข้างต้น เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และการรับรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งสิ่งสำคัญในการบำบัดที่ไม่ควรละเลย คือ การฝึกทักษะกิจกรรมใหม่ ๆ ที่ทำได้ง่าย เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การแต่งตัว การเต้นรำ-ฟ้อนรำ การเล่นดนตรี การเขียนบันทึกประจำวัน เป็นต้น

4. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเริ่มมีอาการมากขึ้นในบางรายอาจบกพร่องเรื่องการดูแลตัวเอง การทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมและการฝึกให้

ผู้ป่วยมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลให้ถูกต้องตามความเป็นจริง กิจกรรมที่ระลึกถึงความทรงจำดี ๆ ในอดีตให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองและยังช่วยเรื่องการระลึกถึงความจำในอดีตได้ อีกทั้งยังช่วยให้ญาติมีความสัมพันธ์ที่แน่นเฟ้นกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย โดยให้ความรู้กับญาติของผู้ป่วยถึงพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม การพยากรณ์โรคในอนาคต แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว ต้องเน้นย้ำและให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับญาติได้ โดยจะต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ยกตัวอย่างเช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมไปถึงการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และที่สำคัญที่สุดคือเรื่องการรักษาที่ต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ญาติและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา โดยมีการเน้นย้ำในเรื่องการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้อันเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วยในระยะยาว รวมไปถึงการป้องกันการนอนโรงพยาบาลหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลงได้ และอาจส่งผลให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจจนทอดทิ้งผู้ป่วยในอนาคตเนื่องจากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยหายออกจากบ้านเนื่องจากความจำที่มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ผู้ป่วยหลงลืม ไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

สรุป

ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งสาเหตุเกิดได้จากหลายปัจจัย รวมทั้งมีระยะของการเกิดโรค 3 ระยะ คือ ระยะต้น ระยะกลาง และระยะท้าย จากที่กล่าวมาข้างต้นในฐานะพยาบาลวิชาชีพจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชต้องดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมรวมไปถึงการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน โดยพยาบาลจะต้องนำองค์ความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้จนถึงบั้นปลายของชีวิต นับว่าเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมในหลายมิติ ดังนั้น ในฐานะพยาบาลจิตเวชควรผลักดันให้มีนโยบายเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพ เช่น การจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ การเสริมสร้างพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย นอกจากนี้ควรจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะทางที่สามารถดูแลให้การพยาบาลได้ครอบคลุมแบบองค์รวม รวมทั้งมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ในการติดตาม ดูแล ตรวจเยี่ยม ประเมินผล รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการดูแล และให้การสนับสนุนญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพ หากประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะช่วยลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

เอกสารอ้างอิง

กชกร ฉายากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, *31*(2), 224-239.

ชัชวาล วงค์สารี และศุภลักษณ์ พื้นทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, *22,* 166-179.

ชุติพันธ์ หนูสุก. (2558). ความก้าวหน้าของเภสัชวิทยาของยาที่ใช้ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์.*วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 9*(2), 70-88.

โชติกา น้อยม่วง. (2565). *สรุปรายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2565 และ Workshop ครั้งที่ 11 Building Bridges in Dementia Diagnosis and Management สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.* https://webportal.bangkok.go.th/user_files/400/991550397623d39e2888428.96583418.PDF

ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ. (2560). *ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจลักษณ์ มณีทอน และณรงค์ มณีทอน. (2559). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป.* (พิมพ์ครั้งที่ 3) เชียงใหม่: รัตนกุลการพิมพ์.

ปิติพร สิริทิพากร. (2559). คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/226/sins_nursing_manual_2559_03.pdf.

โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, บุปผา ใจมั่น, วิจิตรา จิตรักษ์, ศิริญพร บุสหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม. (2563). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ :บทบาทพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, *17*(2), 622-631.

ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *15*(37), 392-398.

มุกดา หนุ่ยศรี. (2559). การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *8*(1), 227-240.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). (2559). *การป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.* กรุงเทพฯ: ห.จ.ก.ภาพพิมพ์.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561) การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *36*(4), 6-14.

สุทิศา ปิติญาณ. (2562). คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์. สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2565 จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/701/Nursing%20Guide%20Dementia%20patients%20with%20behavioral%20and%20emotional%20problems.pdf.

สุรัยยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19). *วารสารสถาบันนำราศนราดูร, 14*(2), 124-133.

Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. Retrieved from: https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e012759

Alzheimer's association. (2020). *Alzheimer's Disease Facts and Figures [Internet].* Available from: https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf

Khannok, S., (2015). *Dementia*. Retrieved from http://www.dmh.go.th/ downloadportal/morbidity/dementia.pd

Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization. (2022). *Dementia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia