



## ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์\*

### บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจาก มีการเพิ่มจำนวนมาก เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ชุมชนและสังคมสูง และยังไม่มียารักษาให้หายขาดในปัจจุบัน ประกอบกับในปัจจุบันยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พักอาศัยในชุมชนและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลคนในชุมชนได้รับการคาดหวังให้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและให้การพยาบาล เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลต่อไป บทความวิชาการนี้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หลักการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมถอย การพยาบาลตามระยะการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะต่างๆ ของโรคของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การพยาบาล



## Older People with Dementia and Nursing Care: A Challenging Role for Nurses

*Sirikul Karuncharempanit\**

### Abstract

Dementia is a crucial health problem for four main reasons: high prevalence of dementia; high negative impacts toward older people with dementia, their caregivers, community and society; no current curative treatment; and a high rate of undiagnosed cases. Furthermore, nurses, who are at the forefront of health care professions in primary care are expected to play a major role in screening and providing nursing intervention effectively to achieve quality of life of older people with dementia and their caregivers. Therefore, this article aims to present knowledge of dementia and palliative treatments to delay deterioration and appropriate nursing care for people with dementia according to the complexity, diversity, and stage, and their contexts which are challenges for nurses.

**Keywords:** dementia, older people, nursing care



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 15.38 และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 10.29<sup>1</sup> ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั่วโลกและประเทศไทย<sup>2-8</sup> เนื่องจากมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมาก ดังในรายงานจากสมาคมอัลไซเมอร์โลก (Alzheimer's Disease International) ที่ระบุว่าในปี 2551 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์สูงมากกว่า 35 ล้านคนและจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นเกือบ 2 เท่าหรือเท่ากับเป็น 65 ล้านคนในปี 2573<sup>9</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มของประเทศในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ จีน อินเดีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความชุกของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 3.9%<sup>10</sup> เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนและการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทำให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมกันนี้ประชากรสูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ซึ่งได้จากการศึกษาภาวะสุขภาพประชาชนไทยพบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนไทย โดยการสำรวจและตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชาชนไทยเท่ากับร้อยละ 12 หรือประมาณ 880,000 คน<sup>11</sup> ประกอบกับภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสังคมที่ซับซ้อนและรุนแรง<sup>12, 13</sup> ตัวอย่างของผลกระทบของสมองเสื่อมที่เกิดต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง คือรู้สึกสูญเสียจากการมีภาวะสมองเสื่อม ผลของอาการที่เกิดขึ้นทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และขาดความมั่นใจในตนเอง<sup>14</sup> เนื่องจาก การสูญเสีย

ความสามารถในการรู้คิด ตัดสินใจที่ซับซ้อน เมื่อเป็นสมองเสื่อมระยะแรก ต่อมาเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดิน การรับประทานอาหาร และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในที่สุด นอกจากนี้ปัญหาของอารมณ์และพฤติกรรมเช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า และหวาดระแวง ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วย<sup>15, 16</sup> ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันเพื่อให้ยังสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้นานที่สุด<sup>14</sup>

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมโดยตรง เช่น เกิดความเครียดในการดูแล<sup>17</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมมากๆ ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมาก ทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงาน และมีรายได้ลดลง<sup>14</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีการเสื่อมถอยลง เช่น มีปัญหาของการเกิดความดันโลหิตสูง ปวดหลัง การนอนหลับ<sup>18</sup> และความเครียด เป็นต้น พร้อมกันนี้ สมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อสังคม ผู้สูงอายุนับเป็นบุคคลที่เปี่ยมด้วยความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ แต่ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ให้กับคนรุ่นหลังได้ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเพิ่มภาระการดูแลแก่สังคม เช่น การสูญเสียเงินในการดูแลสุขภาพมาก ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติ เนื่องจากต้องมีการนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง เป็นต้น

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ มีแต่การรักษาเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ<sup>19</sup> ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม บททบทวนวิชาการนี้นำเสนอครอบคลุมใน 3 ประเด็นดังนี้ ภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและประเด็นที่ท้าทายบทบาทพยาบาล



## ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมอง ซึ่งจะครอบคลุมความสามารถเกี่ยวกับความจำ การรู้คิด ตัดสินใจ และการทำงานที่ยากและซับซ้อน เป็นการเสื่อมถอยอย่างถาวร จนทำให้เกิดการรบกวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้<sup>10</sup> ในบางกรณีอาจเกิดความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วย<sup>20</sup> ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุจากโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ อัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน การติดเชื้อวัณโรค และฮันติงตัน ซึ่งเป็นความผิดปกติถาวร เป็นต้น แต่ในบางรายซึ่งมีความผิดปกติแบบชั่วคราวเช่น การคั่งของน้ำในโพรงสมอง ชิพิลิสและไทรอยด์ต่ำ ไม่ถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากสามารถเปลี่ยนแปลงกลับสู่สภาพเดิมได้

การตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจสมรรถภาพของสมอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีวิทยา สามารถใช้เกณฑ์การประเมินหลัก 2 ประเภท จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)<sup>21</sup> ได้แก่

1. มีความผิดปกติของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ ความจำ ภาษา การทำกิจกรรม ไม่รู้จักหรือไม่รู้เรื่อง หรือวางแผนทำกิจกรรมที่ซับซ้อน อย่างน้อย 1 อย่าง

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติอื่นๆของระบบประสาท จิตเวช ได้รับสารพิษ การเผาผลาญอาหาร หรือ หลายๆ ระบบ

การตรวจวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย<sup>10, 22</sup>

1. การซักประวัติ ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นระยะเวลาที่เริ่มต้น ลักษณะการลืม ลักษณะการดำเนินของโรค ช้า เร็ว หรือคงที่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การบาดเจ็บทางสมอง ลักษณะอาหาร ยา โรคประจำตัว อัมพาตและอัมพฤกษ์ การติดเชื้อในระบบประสาท โดยทั่วไปให้แยกซักประวัติระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจหาความผิดปกติในร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาทและการเดิน เป็นต้น

3. การตรวจสมรรถภาพของสมอง โดยการใช้แบบประเมิน เช่น Mini Mental Status Examination (MMSE-T) หรือ Thai Mental Status Examination (TMSE) หรือ การตรวจทางจิตวิทยาอื่นๆ เพื่อยืนยันผล เป็นต้น

4. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจเลือด) ได้แก่ ไทรอยด์ ชิพิลิส เบาหวาน ไขมัน เป็นต้น ในปัจจุบันได้มีนักวิทยาศาสตร์พยายามคิดค้นวิธีการเจาะเลือดเพื่อหาองค์ประกอบของโปรตีนและไขมัน<sup>23,24</sup> เพื่อนำมาวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ แต่ยังคงอยู่ในระยะของการทดลอง และทดสอบความตรง ความเที่ยงและความไวของการตรวจ

5. การส่งตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อหารอยโรคของหลอดเลือด<sup>10, 25</sup> ขณะเดียวกันได้มีความพยายามในการนำถ่ายภาพรังสีโดยใช้โพสิตรอน (Positron Emission Tomography: PET scan) ซึ่งสามารถเห็นถึงลักษณะการทำงานของอวัยวะที่ต้องการตรวจ ส่วนใหญ่นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน หรือในระยะแรก แต่เนื่องจาก การตรวจชนิดนี้มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่พบว่าเป็นการตรวจที่ไวกว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า<sup>26</sup> จึงยังแพร่หลายในระดับการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 4 ระยะ<sup>27</sup> ได้แก่

1. ก่อนสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

2. สมองเสื่อมระยะแรก (Mild dementia) สามารถตรวจพบความผิดปกติโดยแพทย์ เช่น พบว่ามีปัญหาด้านความจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น สูญเสียความสามารถในการคำนวณ เช่น 100-7 จำนวน 5 ครั้ง ไม่สามารถวางแผนกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการเรื่องเงิน การ



ประกอบอาหาร ลืมเรื่องราวส่วนตัวของตนเอง บางราย อาจมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือแยกตัวได้

3. สมองเสื่อมระยะกลาง (Moderate dementia) ในระยะนี้จะพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและการคิดมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น ไม่สามารถจำที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ โรงเรียนที่เรียนจบมา อาจจะมีความสับสนเกี่ยวกับวันเวลาสถานที่ เช่น มีการทำกิจกรรมซ้ำๆ ในตอนกลางวัน มีปัญหาเกี่ยวกับการคำนวณ หรือการนับเลขง่ายๆ เช่น 40-4 หรือ 20-2 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม และยังช่วยตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเช้าและการใช้ห้องสุขาได้ ในช่วงท้ายของระยะกลางอาจจะใช้ห้องสุขาเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในระยะนี้มีมักพบปัญหาของจิตเวชและพฤติกรรม เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การทำกิจกรรมซ้ำๆ และเดินหลงทาง เป็นต้น

4. สมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe or advanced dementia) มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีปัญหาเรื่องการกลืน การสนทนากับบุคคลอื่น และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่จะพบในลักษณะของผู้ป่วยติดเตียง

### หลักการรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้อายุนาน แต่สามารถจำแนกได้เป็นการรักษาสำคัญ 2 ประเภท<sup>28</sup> ได้แก่

1.1 การรักษาโดยการให้ยา ได้แก่ ยาที่สามารถชะลอความผิดปกติด้านความจำได้<sup>29</sup> เช่นยา โดเนเพซิล (Donepezil)<sup>30</sup>, กาแลนตามีน (Galantamine) ริวาสติกมีน (Rivastigmine) และ เมมทานีน ภาวะแทรกซ้อนของยากลุ่มนี้ จะทำให้เกิดการรบกวนระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การเดินของหัวใจช้า ขาเป็นตะคริว นอนไม่หลับได้ ส่วนยาที่ออกฤทธิ์เพื่อต้านความผิดปกติทาง

จิตเวช (Antipsychotic drug) ไม่ได้รับคำแนะนำให้ใช้โดยทั่วไปหรือในระยะยาว เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือยา<sup>31</sup> หรือนำไปสู่สาเหตุการตายได้ ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการใช้ยาร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้ดูแล

1.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหรือชะลอความเสื่อม ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์ห็อกิมาอันยังไม่พบผลที่ยืนยันการรักษาโดยไม่ใช้ยา<sup>32</sup> แต่พบว่ามีการแนะนำให้ใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยา<sup>33</sup> เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)<sup>32</sup> การทำการกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation)<sup>34</sup> การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)<sup>32</sup> กิจกรรมบำบัด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การนวด<sup>32</sup> การใช้แสงสว่าง<sup>35</sup> ออกกำลังกาย<sup>36</sup> และสุนทรบำบัดเพื่อลดความก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

จากความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ระบุถึงความหมาย สาเหตุ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม การบำบัดรักษาตั้งอธิบายไปแล้วข้างต้น ช่วยทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสมองเสื่อมและมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

## การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการให้การพยาบาล ตลอดจนในการดูแลควรให้การดูแลทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติหรือผู้ดูแลด้วย เพราะภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวทุกคน

### การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมโดยตรง

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยตรงถือเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่าง



ของระยะ อาการและอาการแสดง ประสบการณ์และภูมิหลังของผู้สูงอายุและครอบครัว บางครั้งพบว่าอาการและอาการแสดงอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความรำคาญหรืออารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย เช่น การถามซ้ำ การหลงทาง การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณสมบัตินี้ดังกล่าวได้แก่

1. การมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การตระหนักรู้และยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จะช่วยให้พยาบาลมีความอดทนและมีความคิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมของผู้ป่วยเฉพาะกรณีได้

2. การมีความรู้ เข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเฉพาะกรณีและให้คำแนะนำเพื่อลดความเครียด วิตกกังวลและภาระแก่ผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ในระยะที่มีปัญหาความจำแต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะพบได้มากในชุมชน ควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้น<sup>35</sup> ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักอาศัยในบริเวณที่มีอากาศดี พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำให้สมองได้รับการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ควรมีการพัฒนาสมองโดยการอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นต้น ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาสมองขั้นสูง ได้แก่ การฝึกสติและสมาธิ การคิดจินตนาการหรือสร้างภาพขึ้น การกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation) การระลึกถึงความหลัง การเล่าข่าว การเล่นเกมที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากเกินไป การฝึกแบบนิวโรบิคอิเล็กทรอนิกส์ ที่ใช้ประสาทสัมผัสหลาย

ประเภทมากระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น การทำสิ่งที่ไม่ถนัดหรือคุ้นชิน เช่น แปร่งฟันด้วยมือซ้าย การเปลี่ยนแปลงเส้นทางไปทำงาน การสุดคมหรือสัมผัสด้วยมือแทนการมองเห็นสำหรับของที่ไม่น่าเป็นอันตราย นอกจากนี้การฝึกกิจกรรมทางกายที่กระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ การเล่นเกม การทำงานฝีมือ การฝึกลีลาศ<sup>39</sup> การใช้ตาราง 9 ช่อง<sup>40</sup> การฝึก Brain Gym<sup>41</sup> เป็นต้น จะเป็นการกระตุ้นให้มีเซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ หรือการทำกิจกรรมที่ใช้มือและเท้าเคลื่อนไหวในทิศทางที่ไม่เหมือนกันจัดเป็นการฝึกสมองไปด้วย

2.2 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และได้รับการตรวจวินิจฉัยชัด ในระยะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถรับรู้ได้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้นอาจจะเป็นภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ ดังนั้นในระยะนี้ ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจให้กำลังใจผู้ป่วยและแนะนำวิธีการพัฒนาสมองเพื่อให้เกิดความจำไว้ได้นานที่สุด สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ควรจะมีการประเมินความสามารถของสมองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นสมอง ซึ่งคล้ายคลึงกับในระยะแรกที่ระบุไว้ข้างต้น ฝึกให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับกิจกรรมและตารางเวลากิจกรรม เพื่อสะดวกในการจัดการเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง หากมีการถามซ้ำๆ ควรใช้รูปภาพและเขียนอธิบายภาพเพื่อเป็นสื่อ ให้ผู้สูงอายุได้อ่านและทบทวนความจำบ่อยๆ เป็นต้น

2.3 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง จะพบว่าผู้ป่วยจะลืมขั้นตอนการทํากิจวัตรประจำวันหลายอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.3.1 บอกขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นง่ายๆ หรือทำให้ดู เช่นการบอกหรือทำเป็นตัวอย่าง เรื่องการอาบน้ำ โดยบอกเป็นขั้นตอนที่สั้น ใช้ภาษาที่ง่ายหรือทำเป็นตัวอย่างให้ดู เช่น การเอาน้ำราดตัว การใช้



มือถูสบู่ให้เป็นพอง การฟอกสบู่บนอวัยวะแต่ละส่วน การเอาน้ำราดตัวเพื่อล้างสบู่ออก เป็นต้น ในระยะนี้ ควรคงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ให้นานที่สุด

2.3.2 หากผู้ป่วยมีอาการลึ้มมากขึ้นและหลงผิด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่คุณป่วยหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่คุณป่วยชอบ จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลึ้มสิ่งที่คุณเองหมกมุ่นไปได้ เช่น การเรียกรถให้พาไปหาพ่อหรือแม่ที่ตายไปแล้ว การชกกลับไปบ้านเดิมที่เคยอยู่สมัยเด็ก ควรพาออกไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยชอบหรือให้รับประทานขนมหรืออาหารที่ผู้ป่วยชอบ หากไม่มีความจำกัดเรื่องโรคเบาหวาน พยายามหลีกเลี่ยงการถกเถียงถึงแม้จะเป็นการนำเสนอความจริงก็ตาม เพราะอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2.3.3 ในระยะนี้อาจพบปัญหาทางจิตใจ และพฤติกรรมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การตามติดเป็นเงา (Shadowing) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเกิดความรำคาญอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและกลัวถูกทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เนื่องจากรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในเรื่องการได้รับการดูแลและไม่ทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เป็นต้น

2.3.4 ควรมีการป้องกันการพลัดหลงของผู้สูงอายุ โดยการทำป้ายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุไว้ในกรณีที่ย้ายออกจากบ้านขณะเดินออกไปนอกบ้านแล้วหาทางกลับบ้านไม่ได้ และควรถ่ายรูปที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยไว้ ติดต่อประสานงานกับร้านค้า ยามของหมู่บ้าน หรือวินของรถจักรยานยนต์รับจ้างที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้เป็นช่วยเป็นแหล่งข้อมูลหรือพาผู้สูงอายุที่เดินพลัดหลงออกจากบ้านเพื่อกลับมาถึงบ้านอย่างปลอดภัย และพยายามใช้แหล่งประโยชน์ เช่น มูลนิธิกระจกเงา ในการประกาศตามหา เป็นต้น

2.4 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะนอนติดเตียง ลึ้มวิธีการกิน หรือการกิน ดังนั้นอาจจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลแบบสมบูรณ์แก่ผู้ป่วยและระมัดระวังเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร เป็นต้น

### การพยาบาลแก่ผู้ดูแล

การพยาบาลแก่ผู้ดูแลมีความสำคัญเนื่องจากผู้ดูแลจัดเป็นผู้ป่วยแอบแฝง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและจิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรปฏิบัติกรพยาบาลผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลผู้ดูแลสามารถทำได้ดังนี้

1. การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังคงเคารพความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุด้วย จัดเป็นสิ่งที่สำคัญอันดับแรกอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อม จะทำให้สมองของผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นบุคคลที่มีความสามารถสูง ได้ลดการทำหน้าที่ของสมองลง ซึ่งอาจจะทำให้พฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ แต่ลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเจตนาหรือประสงค์ที่จะกลั่นแกล้งแต่เกิดจากการทำงานของสมองที่เปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่ในขณะที่เดียวกัน ผู้สูงอายุก็น่าจะมีคุณค่าและมีอารมณ์ ความรู้สึกอยู่ ดังนั้นการดูแลหรือปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการระลึกถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้

ตัวอย่างที่พบบ่อยในสถานบริบาลผู้สูงอายุ คือ การต่อสูระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลหรือพยาบาลในการอาบน้ำ ซึ่งมีสาเหตุหลากหลาย เช่น ความกลัวและวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือยังเหนื่อยล้าและต้องการพักผ่อน หากผู้ดูแลมีการพูดเสียงดังหรือสัมผัสตัวผู้สูงอายุกะทันหันหรือ



รุนแรง จะทำให้เกิดการต่อต้านได้ ได้มีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเป็นผลจากพฤติกรรมของผู้ดูแล<sup>42</sup> ดังนั้น การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการต่อต้าน การลดความเจ็บปวด การพูดคุยบายด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนกับผู้ป่วยก่อนสัมผัสร่างกายหรือการยอมผ่อนปรนโดยการขยายเวลาในการอาบน้ำ อาจช่วยลดการต่อต้านจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ในบางรายพยาบาลจำเป็นต้องมีการแนะนำเทคนิควิธีการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับครอบครัวต่อไป

2. ส่งเสริมความคิดเชิงบวกและเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยใจอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกถึงการมีภาระได้ง่าย

3. ให้คำแนะนำหรือส่งเสริมให้มีการจัดการในครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเครียดกดดันและความรู้สึกเป็นภาระก่อนเวลาอันควรแก่ผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจร่วมด้วย<sup>43</sup> ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักให้พยายามจัดสรรเวลาที่เป็นส่วนตัวหรือมีการพักผ่อน โดยให้ผู้ดูแลรองหรืออื่นๆ มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน หากไม่สามารถตกลงกันในครอบครัวเองได้ พยาบาลอาจจะเป็นตัวกลางในการประสานให้ครอบครัวได้มีการประชุมปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (win-win situation) เช่น ช่วยลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลัก ป้องกันภาวะที่ผู้ดูแลรองเปลี่ยนหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถรับผิดชอบได้อีกต่อไป อันจะนำไปสู่การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม

มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลถือเป็นบทบาทที่ท้าทาย เนื่องจากในปัจจุบันยังมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค เนื่องจากคนทั่วไปยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อากาการ อากาการแสดงมีความหลากหลาย ไม่ชัดเจน จึงไม่พาดูผู้สูงอายุมาพบแพทย์ ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านในชุมชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับประชาชน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบริการและการดูแลที่เหมาะสม ทั้งในระดับชุมชนและในสถานบริการเช่น สถานพยาบาล ได้แก่

1. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนผู้ดูแล

2. จัดระบบการสืบค้นภาวะสมองเสื่อมในชุมชนผ่านกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น และส่งต่อไปยังสถานบริการที่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

3. การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้กำลังใจ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อจะช่วยให้ป้องกันหรือลดความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้

4. การจัดบริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุในชุมชน





เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การจัดคลินิกกระตุ้นความจำ หรือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care)

5. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลที่สูงขึ้น หรือในสถานบริบาล ควรมีความรู้และสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือฉุกเฉิน ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจากสภาพสังคมผู้สูงอายุ จัดเป็นกิจกรรมที่ทำนายสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจาก เป็นภาวะที่ซับซ้อน มีผลกระทบต่อบุคคล ผู้ดูแลและสังคมมาก จำเป็นจะต้องใช้ศาสตร์และศิลปะในการดูแล และนอกจากนี้จำเป็นต้องมีการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะ และมีความแตกต่างระหว่างบุคคลมาก รวมทั้งผู้ดูแลซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยแฝงด้วย ดังนั้นการมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงและผู้ดูแล และบทบาทที่ทำนายของพยาบาล เช่น การจัดระบบการดูแลที่ครบวงจรในชุมชน เช่น การสืบค้นและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมให้ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วย การให้การดูแลด้วยใจและเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล การให้การพยาบาลในระยะต่างๆ และการดูแลผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยึดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: รักลูกกรุ๊ป; 2556.
2. Krairit O, Chansirikarnjana S. Dementia: An

Epidemic on the horizon. Nakornpratom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, under the Health Information System Development Project of the Health System Research Institute.; 2007. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report2007-ENG.php?manu=4>.

3. Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, Yonemoto K, Doi Y, Ninomiya T, et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Ps.* 2009;80(4):366–70.
4. Nitrini R, Bottino CMC, Albalá C, Capunay NSC, Ketzoian C, Rodriguez JLL, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(4):622–30.
5. Qiu C, Kivipelto M, von Strauss E. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):111–28. Epub 2009/07/10.
6. Sabat SR. Dementia in developing countries: a tidal wave on the horizon. *The Lancet.* 2009;374(9704):1805–6.
7. Suh GH, Shah A. A review of the epidemiological transition in dementia—cross-national comparisons of the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(1):4–11. Epub 2001/07/05.
8. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand.* 2008;91(11):1685–90. Epub 2009/01/09.



9. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2009.
10. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. 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*. 2011;7(3):263-9.
11. วิชัย เอกพลการ, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรัตต์ดี สุวานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>.
12. Dennison R. Rethinking dementia. *British Journal Of Community Nursing*. 2014;19(1):5-.
13. Wimo A, Winblad B, Jonsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers & Dementia*. 2010;6(2):98-103.
14. Murray A. The effect of dementia on patients, informal carers and nurses. *Nursing Older People*. 2014;26(5):27-31.
15. Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1452-6.
16. Arango Lasprilla JC, Moreno A, Rogers H, Francis K. The Effect of Dementia Patient's Physical, Cognitive, and Emotional/ Behavioral Problems on Caregiver Well-Being: Findings From a Spanish-Speaking Sample From Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2009;24(5) : 384-95.
17. Prince M, Quraishi S, Copeland J, Varghese M, Murali T, Srinivasan L, et al. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psych*. 2004;19(2):170-7.
18. Simpson C, Carter P. Dementia behavioural and psychiatric symptoms: effect on caregiver's sleep. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(21/22) : 3042-52.
19. De la Torre JC. Alzheimer's Disease is Incurable but Preventable. *Journal of Alzheimers Disease*. 2010;20(3):861-70.
20. Nilamadhab K. Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2009;51(5):77.
21. Keeforver RW. Dementia. West Virginia: West Virginia Integrated Behavioral Health Conference, 2013; 2013 [cited 2015 12 February 2015]; Available from: <http://www.dhhr.wv.gov/bhhf/Documents/2013%20IBHC%20Presentations/Day%20%20Workshops/Dementia%20Handouts.pdf>.
22. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Can Med Assoc J*. 2008;178(7):825-36.



23. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2012;8(2):131-68.
24. Serrano-Pozo A, Qian J, Monsell SE, Blacker D, Gómez-Isla T, Betensky RA, et al. Mild to moderate Alzheimer dementia with insufficient neuropathological changes. *Ann Neurol*. 2014;75(4):597-601.
25. Chawalparit O, Senanarong V, Chiewwit P. CT Criteria in Vascular Dementia: A Study in Thai Population *Siriraj Medical Journal*. 2006;58(2) : 644-7.
26. Karow DS, McEvoy LK, Fennema-Notestine C, Hagler DJ, Jr., Jennings RG, Brewer JB, et al. Relative capability of MR imaging and FDG PET to depict changes associated with prodromal and early Alzheimer disease. *Radiology*. 2010;256(3):932-42.
27. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. ระยะเวลาดำเนินของภาวะสมองเสื่อม. เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2557]; เข้าถึงจาก : [http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network\\_title2\\_3.html#](http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title2_3.html#).
28. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2014;10(2):e47-e92.
29. Santoro A, Siviero P, Minicuci N, Bellavista E, Mishto M, Olivieri F, et al. Effects of donepezil, galantamine and rivastigmine in 938 Italian patients with Alzheimer's disease: a prospective, observational study. *Cns Drugs*. 2010;24(2):163-76.
30. Sevilla C, Jimenez Caballero PE, Alfonso V, Gonzalez-Adalid M. Current treatments of Alzheimer disease: are main caregivers satisfied with the drug treatments received by their patients? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28(3):196-205. Epub 2009/09/10.
31. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes - A 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiat*. 2008;16(7):528-36.
32. Saddichha S, Pandey V. Alzheimer's and non-Alzheimer's dementia: A critical review of pharmacological and nonpharmacological strategies. *Am J Alzheimers Dis*. 2008;23(2): 150-61.
33. Tsolaki M, Kounti F, Agogiatou C. Effectiveness of pharmacological and non pharmacological therapy in patients with MCI and Mild Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*. 2009;5(4, Supplement):P98.
34. Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia who benefits most? *Int J Geriatr Psych*. 2013;28(3):284-90.
35. Barrick AL, Sloane PD, Williams CS, Mitchell CM, Connell BR, Wood W, et al. Impact of ambient bright light on agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010. Epub 2010/01/28.
36. Santana-Sosa E, Barriopedro MI, Lopez-Mojares LM, Perez M, Lucia A. Exercise Training is Beneficial for Alzheimer's Patients. *Int J Sports Med*. 2008;29(10):845-50.
37. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*. 2010;10(4):206-13.



38. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. สมอมงเลื่อม: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมอมงเลื่อมแห่งประเทศไทย; มปป. Available from: <http://www.azthai.org/e-book/dementia1024/dementia.htm>.
39. Guzmán-García A, Hughes JC, James IA, Rochester L. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psych.* 2013;28(9):914-24.
40. ทองใบ ชื่นสกุลพงศ์, อรพรรณ แอบไธสง. ผลของการเคลื่อนไหวร่างกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวและความจำในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ตึกประสาทสุข. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.* 2555;13(กันยายน 2555):16-26.
41. Barnes I. Enhancing cognitive performance in dementia care: using BRAIN GYM exercises to access and enhance cognitive performance. *Canadian Nursing Home.* 2003;14(1):33-5.
42. Yamamoto Y, Hayashino Y, Yamazaki S, Takegami M, Fukuhara S. Violent patient behavior is associated with bodily pain and a high burden on informal caregivers. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1085-8. Epub 2009/07/07.
43. Yilmaz A, Turan E. Burnout in caregivers of Alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways: Scientific letter. *Turk Klin Tip Bilim.* 2007;27(3):445-54.