

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

Nursing Role in Caring for Persons with Dementia

รัตนา พึ่งเสมา*

Ratana Puengsema*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดผลกระทบต่อนักที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ชุมชนและสังคมสูง และยังไม่มีการรักษาให้หายขาดในปัจจุบัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ในการให้ความรู้ คำแนะนำ ช่วยเหลือการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม บทบาทพยาบาล ผู้สูงอายุ

Abstract

Dementia is a crucial health problem mostly found in the elderly with high negative impacts toward people with dementia, their caregivers, community and society. There are no current curative treatments. Nurses are well positioned to play an important role in taking care of people with dementia. Finally, caregivers engage in sharing knowledge, giving advice, and relieving burdens to help achieve quality of life for the people with dementia and their caregivers.

Keywords: dementia, nurses' role, the elderly

Received: June 6, 2018 Revised: November 26, 2018 Accepted: December 20, 2019

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: ratanapuengsema@gmail.com

* Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Saint Louis College
E-mail: ratanapuengsema@gmail.com

บทนำ

จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 900 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยคาดว่า ในปีพ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลก และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา¹

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2561 จะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็กและคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ในเอเชียรองจากสิงคโปร์ ทำให้ประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายและโรคประจำตัวเรื้อรัง² โดยเฉพาะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (MMSE-Thai version 2002) พบความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.10 (ชายร้อยละ 6.80 และหญิงร้อยละ 9.20) ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายทุกกลุ่มอายุ ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 4.80 (หญิงร้อยละ 4.50 และชายร้อยละ 5.20) เป็น

ร้อยละ 22.60³ ดังในรายงานจากสมาคมอัลไซเมอร์โลก (Alzheimer's Disease International) ที่ระบุว่าในปี 2559 มีจำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมสูง 468 ล้านคน และจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 131.5 ล้านคนในปี 2593⁴

ในปัจจุบันถึงแม้จะมีการรักษาภาวะสมองเสื่อม แต่การรักษาส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองและพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม จึงทำให้อัตราความเสี่ยงมีเพิ่มมากขึ้น⁵ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม บทความวิชาการนี้นำเสนอครอบคลุมใน 3 ประเด็นดังนี้ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีความจำเสื่อมเป็นอาการเด่น ความผิดปกติของการคิดเชิงนามธรรมและการตัดสินใจ^{6,7} ทั้งนี้การเกิดภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็น 2 กลไก ดังนี้^{6,8}

1. ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (dementia of Alzheimer type) เกิดจากระดับเอนไซม์ โคลีนอะเซทิลทรานสเฟอเรส (choline acetyltransferase) ที่จะช่วยสังเคราะห์อะเซทิลโคลีน (acetylcholine; Ach) อันเกี่ยวข้องกับกระบวนการเก็บความจำลดลงก่อให้เกิดพยาธิ

สภาพที่สำคัญ ได้แก่ สมองฝ่อ (brain atrophy) บริเวณสมองกลีบขมับ (temporal), สมองกลีบข้าง (parietal), สมองกลีบหน้า (frontal area) มีการกระจายตัวของแผ่นนิวโรติกพลาคว (neurotic plaque) และนิวโรไฟบริลลารีแทงเกิล (neurofibrillary tangle) ของสมองส่วนคอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ลักษณะความเสื่อมของสมองเป็นแบบถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) สาเหตุเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง (cerebral thrombosis or cerebral embolism) และการแตกของหลอดเลือดสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่บางส่วนหรือทั้งหมด ภาวะสมองเสื่อมชนิดนี้สามารถรักษาได้

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปมี 4 ระยะ ดังนี้^{9,10}

1. ระยะก่อนสมองเสื่อมหรือมีความพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (mild cognitive impairment) เป็นระยะที่หลงลืมเล็กน้อยยังสามารถจดจำเหตุการณ์ได้ เริ่มสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเล็กน้อยแต่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2. ระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย (mild dementia) (1-4 ปี) เป็นระยะที่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ เช่น ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ คิดคำนวณลำบาก ไม่สามารถวางแผนกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ เช่น การวางแผนด้านการเงิน ลืมเรื่องราว

ของตนเอง แยกตัว เป็นต้น

3. ระยะสมองเสื่อมปานกลาง (moderate dementia) (2-10 ปี) เป็นระยะที่มีความผิดปกติด้านความคิดและความจำมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลับสนเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ทำกิจกรรมซ้ำ ๆ ในช่วงกลางคืน คำนวณหรือนับเลขง่าย ๆ ไม่ได้ กลั่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เดินหลงทาง เป็นต้น

4. ระยะสมองเสื่อมรุนแรงหรือระยะท้าย (severe or advance dementia) (3-12 ปี) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีปัญหาการกลืน การสื่อสาร การสนทนากับบุคคลอื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ติดเตียงต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยทั่วไปการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมระยะแรกจนถึงระยะท้ายใช้เวลา 2-20 ปี เฉลี่ย 10 ปี

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

การมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเฉพาะกรณีและให้คำแนะนำเพื่อลดความเครียด วิตกกังวลและภาวะแก่ผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บทบาทพยาบาลในระยะก่อนสมองเสื่อม เป็นการป้องกัน ประเมิน และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมารวมไปถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในระดับ

ชีวภาพเพื่อช่วยป้องกันโรค ชะลออาการดำเนินของโรคและลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นใหม่ พยาบาลควรใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าแบบฉบับ เพื่อคัดกรองแยกจากภาวะสมองเสื่อม เช่น The confusion assessment method (CAM), Tool delirium index และ Thai delirium index และ Thai delirium rating scale (TDRS) เป็นต้น^{11,12} นอกจากนี้ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และหลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัดและเค็มจัด ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ควรเน้นให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารต้านอนุมูลอิสระ อาหารที่มีวิตามินซี วิตามินอี กรดโฟลิก วิตามินบีสิบสอง เหล็ก และวิตามินอื่น ๆ เช่น แคลเซียม สังกะสี วิตามินเค วิตามินดี และวิตามินเอมีมากในผักผลไม้หลากสี อาหารจำพวกถั่ว นม ไข่ ซึ่งควรบริโภคเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 เช่น ปลาทะเล นม ควรบริโภคอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อาหารเหล่านี้มีบทบาทสำคัญช่วยในการทำงานของเยื่อหุ้มเซลล์ประสาทและการเชื่อมประสานกันระหว่างเซลล์ประสาท ป้องกันการเกิดอนุมูลอิสระซึ่งเป็นกระบวนการทำให้เกิดความเสื่อมของสมองและความถดถอยทางสติปัญญา^{13,14} ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคม (social engagement) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสม่ำเสมอ เช่น เยี่ยมเพื่อนหรือญาติพี่น้อง ท่องเที่ยวกับเพื่อน ดูหนัง ไปวัด มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ชอบเข้าสังคม⁶ ขณะเดียวกันควรมี

การพัฒนาสมองขั้นสูง ได้แก่ การกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกหัดทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด เช่น การอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ จากงานวิจัยของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้น การรู้คิดโดยการกระตุ้นการสัมผัสมีความสามารถในการรู้คิดภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁵ การนวด การรำลึกความหลัง (reminiscence)¹⁶ ชวนผู้สูงอายุ จันทน์บุลลวาร์ ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ ไพรวลัย โศตรตะ ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา และนภาดล สีหพันธ์ ได้ศึกษาแนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่า ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสมองเสื่อม¹⁰ และจากงานวิจัยของรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง และศิริพันธุ์ สาสัดย์ พบว่า (1) การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นกว่าระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันที ระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷ การฝึกแบบนิวโรบิคส์ เอ็กเซอร์ไซส์ จากการศึกษาของ วรากร เกรียงไกรศักดิ์ และเสรี ชัดเข้ม ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองโดยประยุกต์จาก ทฤษฎีนิวโรบิคส์ เอ็กเซอร์ไซส์โดยการกระตุ้นระบบ

ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ประกอบด้วยกิจกรรมการมองเห็น ภาพ กิจกรรมการรับรส กิจกรรมการได้กลิ่น กิจกรรมการได้ยินและกิจกรรมการสัมผัสทางร่างกาย ร่วมกับการใช้กิจกรรมการคิดและกิจกรรมทางวิญญาณโดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 11 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการฝึกสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความจำระยะสั้นของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะต้นได้ โดยเพิ่มขึ้นทั้งด้านช่วงตัวเลข (digit span) และด้านสัญลักษณ์ตัวเลข (digit symbol)¹⁸ นอกจากนี้การฝึกกิจกรรมทางกายที่กระตุ้นการทำงานของสมองได้แก่ การเล่นเกม การทำงานฝีมือ เต้นรำ การใช้ตาราง 9 ช่อง เป็นต้น จะเป็นการกระตุ้นให้มีเซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ หรือการทำกิจกรรมที่ใช้มือและเท้าเคลื่อนไหวในทิศทางที่ไม่เหมือนกันจัดเป็นการฝึกสมองไปด้วย จากงานวิจัยของทองใบ ชื่นสกุลพงศ์และอรพรรณ แอบโธสง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกเคลื่อนไหวร่างกายในตารางเก้าช่องมีคะแนนเฉลี่ยที่วัดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านด้านการทรงตัวและด้านความจำหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁹

2. บทบาทพยาบาลในระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย ควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ส่งเสริมสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง^{11,12} การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในการเคลื่อนไหว ควรจัดที่พักให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่เปียกชื้น ห้อง

นอนควรอยู่ชั้นหนึ่งไม่ต้องขึ้นบันได รวมทั้งไม่จัดของมีคมไว้ใกล้ ๆ ผู้สูงอายุ^{20,21} พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะส่งผลดี คือ มีภาวะเครียดลดลงทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของกานดา วรคุณพิเศษและศิริพันธุ์ สาสัตย์ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²²

3. บทบาทพยาบาลในระยะสมองเสื่อมปานกลาง ควรส่งเสริมและประสานความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะสมองเสื่อม และสามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนฟื้นฟูสภาพ คงความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตที่อยู่กับภาวะสมองเสื่อมอย่างดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{11,12} ปัญหาเรื่องการกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่พบบ่อยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการฟื้นฟูสภาพภาวะ

กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำได้โดยในระยะแรกอาจฝึกให้ผู้สูงอายุปัสสาวะเป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอและบ่อย ๆ อาจทำทุก 15-20 นาที ต่อไปจึงยืดระยะเวลาการปัสสาวะให้นานขึ้น พร้อมกับแนะนำการขมิบก้นบ่อย ๆ เพื่อแก้ไขภาวะปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม สำหรับการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีกากใย การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ นวดหน้าท้อง หรือการใช้ยาระบายหากจำเป็น^{23,24} จากผลการศึกษาพบว่า การใช้บำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริง ช่วยในการฟื้นฟูความสามารถด้านการรับรู้ ความจำ ผิดสมาธิ และการจดจำการทำกิจกรรมบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงนั้นเป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นทุกครั้งด้วยการกระตุ้นการรับรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ อาจใช้กระดานบอกวัน เวลา และสถานที่ แล้วตามด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายตามความสามารถของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจึงเริ่มทำกิจกรรม ซึ่งลักษณะของกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุเรียกชื่อ แยกวัตถุสิ่งของ รับสัมผัสสิ่งของแล้วนำมาพูดคุยกบอกความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น หรือใช้การวาดภาพและการเตรียมอาหาร ซึ่งการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงควรทำร่วมกับการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะสามารถช่วยส่งเสริมฟื้นฟูการรู้คิด ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ดียิ่งขึ้น^{25,26} นอกจากนี้

การพยาบาลด้านจิตสังคมก็มีความสำคัญ สนธิยา มณีรัตน์และสมณฑา บุญชัย ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการพัฒนาศักยภาพพยาบาล การใช้เครื่องมือทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ สามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรม เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง ทักษะสังคม และสัมพันธภาพของผู้ป่วย และเพิ่มความรู้ และความพึงพอใจของญาติ รวมถึงทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป²⁷

การพยาบาลแก่ผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลจัดเป็นผู้ป่วยแอบแฝง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและจิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรปฏิบัติกรพยาบาลผู้ดูแลควบคู่ไปด้วยโดยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่ยังคงเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยตัวอย่างที่พบบ่อยในสถานบริบาลผู้ป่วย คือ การต่อสูระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหรือพยาบาลในการอาบน้ำ หากผู้ดูแลมีการพูดเสียงดังหรือสัมผัสตัวผู้ป่วยกะทันหันหรือรุนแรง จะทำให้เกิดการต่อต้านได้ มีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากความปวดของผู้ป่วยหรือเป็นผลจากพฤติกรรมของผู้ดูแล²⁸ ส่วนในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้คำ การเรียกชื่อสิ่งของหรือบุคลาการ การใช้ไวยากรณ์ผิด การพูดไม่จบประโยคหรือพูดไปเรื่อย ๆ ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ หรือคิดคำที่ผู้ป่วยต้องการจะพูด เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำที่ผู้ป่วยนึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดลองให้ผู้ผู้ป่วยพูดอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรลองเดาดู และบอก

ผู้ป่วยว่า ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรกับผู้ดูแล โดยใช้คำหรือประโยคง่าย ๆ²⁹ ผู้ดูแลมักจะมีความเครียดทางร่างกายและจิตใจร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากงานวิจัย วิชา ลัมสกูล อุไรวรรณ แง่จ้อย และอาภรณ์ สุขโสภา พบว่า ก่อนและหลังให้คำปรึกษาค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 15.77 (SD = 5.53) และ 17.06 (SD = 4.92) ตามลำดับและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 31.86 (SD = 14.16) และ 23.31 (SD = 6.92) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001³⁰ นอกจากนั้นการเพิ่มพูนศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพจะลดความเครียดของทั้งผู้ดูแลและยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม³¹

4. บทบาทพยาบาลในระยะสมองเสื่อมรุนแรง ผู้ป่วยอาจจะนอนติดเตียง ลืมวิธีการกลืนหรือการกิน ดังนั้นอาจจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยสมองเสื่อมและดูแลประสานความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน^{11,12} นอกจากนั้นภาวะพฤติกรรมและอารมณ์ที่เสื่อมถอยอย่างรุนแรง เป็นภาวะที่

พยาบาลควรสังเกตและให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยมักมีอาการระแวง หลงผิด ประสาทหลอนมากขึ้น ควรใช้เทคนิคในการหันเหความสนใจ ใช้กิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น ดนตรีบำบัด เป็นการนำดนตรีมาบรรเลง นุ่มนวล ไพเราะ จังหวะสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบและลดอาการกระวนกระวายลง สิ่งสำคัญพยาบาลไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ร่างกายอ่อนแอ ลงเกิดข้อยึดและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พยาบาลควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาลดอาการเหล่านี้³² และควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในการยอมรับการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น การประเมินภาวะซึมเศร้าและแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลภายหลังการสูญเสียผู้ป่วยด้วย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นกิจกรรมที่ทำนายสำหรับพยาบาล เนื่องจากเป็นภาวะที่ซับซ้อน มีผลกระทบต่อนักป่วย ผู้ดูแลและสังคมมาก จำเป็นจะต้องใช้ศาสตร์และศิลปะในการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นการมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลในระยะต่าง ๆ และการดูแลผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Ageing and health: fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: http://www.int/mediacentre/factsheets/fs_404/en/
2. Thai Health Promotion Foundation. 2018 Thai toward elder society [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 20]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/37506> (in Thai)
3. Aekplakorn W, editor. Health survey Thai people by the fifth examination 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2014. (in Thai)
4. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia coverage, Quality and costs now and in the future [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 23]. Available from: https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport_2016_sheet.pdf
5. Leethong-in M, Lertrat P, Piyawattanapong S, Panpanit L. Health profile of older persons' health care in Khon Kaen Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2016;34(2): 93-201. (in Thai)
6. Limpawattana P. Preventive strategies of dementia. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2011;6(3):16-23. (in Thai)
7. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline: dementia. Bangkok: Thana Place; 2014. (in Thai)
8. Nugate B, Porntaweegunta P, editors. Gerontology Nursing. 3rd ed. Bangkok: Yutharin; 2007. (in Thai)
9. Karuncharennpanit S. Older people with dementia and nursing care: a challenging role for nurses. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(1):1-12. (in Thai)
10. Chanbunlawut K, Wongarsa P. The concept of reminiscence therapy: nursing implication for older persons with dementia. Journal of Nursing Science & Health 2017;40(4):1-10. (in Thai)
11. Thompson R. Developing nursing in dementia care: dementia action alliance quarterly meeting. Royal College of Nursing [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 14]; Available from: http://www.dementiaaction.org.uk/assets/0001/0289/Rachel__Thompson.pdf
12. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2013. (in Thai)

13. Povova J, Ambroz P, Bar M, Pavukova V, Sery O, Tomaskova H, et al. Epidemiological of and risk factors for Alzheimer's disease: a review. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2012;156(2):108-14.
14. Polidori MC, Nelles G, Pientka L. Prevention of dementia: focus on lifestyle. Int J Alzheimers Dis 2010;2010:1-9.
15. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effects of a cognitive stimulation program on the cognitive abilities and ability to perform the activities of daily living in elders who are at risk of or have dementia. Thai Red Cross Nursing Journal 2016;9(2):145-58. (in Thai)
16. 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.
17. Hongtong R, Sasat S. The effect of reminiscence program on cognitive function of older people with dementia. JONAE 2015;8(1):99-112. (in Thai)
18. Kriengkaisakda W, Chadcham S. Development of a brain-training rehabilitation program based on Neurobics Exercise Theory for patients with mild dementia. Research Methodology & Cognitive Science 2012;10(1):11-25. (in Thai)
19. Cheunsakulpong T, Aebthaisong O. The effect of moving the body in the nine squares table with balance and memory in geriatric psychiatric patients who admitted in Prakaisuk ward. Journal of Srithanya Hospital 2012;13(13):16-26. (in Thai)
20. Assantachai P, editor. Common health problems in the elderly and prevention. 4th ed. Bangkok: Union Creation; 2013. (in Thai)
21. Weger MB, Tebb S, Henderson-Kalb J, Zubatsky M, Lundy J, Hayden D. Cognitive stimulation therapy: a tool for your practice with persons with dementia?. J Am Med Dir Assoc 2015;16(9):795-6.
22. Worakhunphiset K, Sasat S. The effect of home environmental program on stress in caregivers of older people with dementia. Kuakarun Journal of Nursing 2015;22(1):82-97. (in Thai)
23. Buchman AS, Boyle PA, Leurgans SE, Barnes LL, Bennett DA. Cognitive function is associated with the development of mobility impairments in community-dwelling elders. Am J Geriatr 2011;19(6):571-80.
24. Namjuntra R. Rehabilitation of elders with dementia. HCU Journal 2010;14(27):137-50. (in Thai)

25. Konetzka RT, Brauner DJ, Perrailon MC, Werner RM. The Role of severe dementia in nursing home report cards. *Med Care Res Rev* 2015;72(5):562-79.
26. Schafirovits-Morillo L, Suemoto CK. Severe dementia: A review about diagnosis, therapeutic management and ethical issues. *Dement Neuropsychol* 2010;4(3):158-64.
27. Maneerat S, Boonchai S. Development of a psychosocial nursing care model for elderly with dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2015;2(1):52-62. (in Thai)
28. 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 2009/07/05.
29. Thongyindee N, Chumkaew S, Kongjit W, Seenoui P, Suanchang O. Stress reduction program for caregiver of dementia patient. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2009;3(1):54-9. (in Thai)
30. Limsakul W, Ngangjui U, Suksoda A. Effects of counseling in caregivers on the ability in activities of daily living of people with Dementia and caregivers' stress. *Thai Journal of Nursing* 2014;63(4):35-41. (in Thai)
31. Kuo LM, Huang HL, Hsu WC, Wang YT, Shyu YL. Home-based caregiver training: benefits differ by care receivers' dementia diagnosis. *Geriatr Nurs* 2016;37(5):376-84.
32. Sampson EL. Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull* 2011;96(1):159-74.