

บทความวิชาการ

บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน FAMILY ROLE AND CARING AN AGING WITH DEMENTIA IN COMMUNITY

กรวรรณ ยอดไม้*

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการของภาวะถดถอยของสมองที่มีความบกพร่องของความคิดและการรับรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องของความจำระยะสั้น ร่วมกับความบกพร่องของการทำงานของสมองต่างๆ เช่น ขาดสมาธิและความสนใจ ความบกพร่องด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การใช้ภาษา บกพร่องและความบกพร่องด้านจัดการสิ่งต่างๆ เช่น การนับทอนเงิน เป็นต้นโดยอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุจากภาวะแพ้หรือโรคทางจิตเวช อย่างเช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น และอาการเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) อาการและอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แก่อาการด้านการรับรู้คิด (cognitive symptoms) เช่น จำเรื่องราวที่สนทนาไม่ได้ จดจำสิ่งที่กระทำในระยะเวลาสั้นไม่ได้ มักถามซ้ำไปซ้ำมา หรือไม่สามารถวางแผนและจัดการสิ่งที่ได้รับมอบหมายได้ อาการด้านร่างกาย มักมีความผิดปกติการพูดหรือการออกเสียงเช่น พูดไม่ชัด สื่อสารไม่เป็นประโยค เป็นต้น และมีความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยินบกพร่อง การมองเห็นไม่ดี ตาพร่ามัว การได้รับกลิ่นผิดปกติ เป็นต้น และอาจจะมีอาการชาหรือแขนขาอ่อนแรง หรือ อาการมือสั่น เป็นต้น ส่วนอาการด้าน

อารมณ์มักพบอาการว่าผู้สูงอายุขาดความสนใจ ในกิจกรรมต่างๆ ไร้อารมณ์ นอนหรือพักผ่อนน้อย อ่อนเพลียหรืออาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่ายซึ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุและการดำเนินโรค เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด ผู้สูงอายุมักถูกนำส่งโรงพยาบาลหรือมาพบแพทย์ด้วยอาการที่ผิดปกติ อย่างเช่น อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิดง่าย ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับไม่นอน ซึ่งมักเป็นอาการที่รุนแรงและต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการดูแลอย่างถูกต้องยังช่วยลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างมากและเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของครอบครัวจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งการดูแลด้วยความรักและความเข้าใจของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและชะลอภาวะทุพพลภาพ

*ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้ด้วยเหตุนี้บทบาทของครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างมาก ในบทความนี้ได้นำเสนอสถานการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัย และการคัดกรองสมองเสื่อมเบื้องต้น ผลกระทบของการเกิดโรคสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถานการณ์การเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มของการเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2544 พบเพียงร้อยละ 3.3 (Jitapunkul, Kunanusont, Phoolcharoen, & Suriyawongpaisal, 2001) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5-13 ในปี พ.ศ. 2552-2556 (Jitapunkul, Chansirikanjana, & Thamarpirat, 2009; สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, & ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2556; สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) จากรายงานการตรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากแบบคัดกรองสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination, MMSE) ส่วนใหญ่พบมากในผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 15) ขณะที่ผู้สูงอายุชายมีเพียงร้อยละ 10 และความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยก็เพิ่มขึ้นในตาม

อายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 7 และเพิ่มขึ้นมากเป็นเท่าตัวเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี (ร้อยละ 15 ในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และร้อยละ 32.5 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี) พบมากในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 26) รองลงมาในผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 11) และ จบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 7) พบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 14) มากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 10) และพบมากที่สุดใ้ในภาคใต้ (ร้อยละ 20) รองลงมา ภาคเหนือ (ร้อยละ 13) ภาคกลาง (ร้อยละ 11) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 11) และ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 9) (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ไม่มีงานทำ การไม่รู้หนังสือ การอ่านหนังสือน้อย การดูทีวีมากเกินไป การออกกำลังกายน้อย เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา น้อย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม และมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ขวัญเรือน กำวิตุ, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, & ศรุตพันธ์ จักรพันธ์ ณ อยุธยา, 2015; สายสุนีย์ เลิศกระโทก et al., 2556) และนอกจากนั้นความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังพบมากขึ้นในผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 23.4) (ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2558) และ

ผู้ป่วยโรคพาร์คินสัน (ร้อยละ 33)(Mekawichai & Choeikamhaeng, 2013)

ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม

ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ภาวะสมองเสื่อมไม่รุนแรง หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย มักจำสถานการณ์ในอดีตได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่อาจจะต้องช่วยเหลือบางอย่างเช่น จัดเตรียมอาหาร เป็นต้น 2) ภาวะสมองเสื่อมรุนแรงปานกลาง หมายถึงผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความจำบกพร่อง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่สามารถวางแผน คำนวณ หรือตัดสินใจได้ ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดและเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุอาจไปไหนมาไหนได้เอง อาจเกิดการพลัดหลงได้ง่าย และ 3) ภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมาก หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องความจำได้รุนแรง ไม่สามารถจำบุคคล ใกล้ตัวได้ ไม่สามารถการทำกิจวัตรประจำวันได้เลย มีปัญหาการกลืน และมักต้องนอนติดเตียง ต้องเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มที่ 2 มักพบมากในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 90 ปี

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถแยกออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยหลีกเลี่ยงไม่ได้ (non-modification factors) เช่น อายุ(Adebiyi, Ogunniyi, Adediran,

Olakehinde, & Siwoku, 2016) เพศ(Adebiyi et al., 2016) ระดับการศึกษา(Bruce, Davis, Starkstein, & Davis, 2014) สถานภาพสมรส(Adebiyi et al., 2016)จากการศึกษาแบบ Longitudinal study ของ Ying Yuan พบว่าอายุมากกว่า 85 ปี มีโอกาสเกิดสมองเสื่อม 8 เท่า เพศหญิงเสี่ยงต่อสมองเสื่อม 2.5 เท่า ระดับการศึกษาต่ำ (เรียนน้อยกว่า 6 ปี) มีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม 1.9 เท่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3 เท่า(Yuan et al., 2016)

ปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (modification factors) ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคหัวใจโรคไขมันและโรค metabolic syndrome(Adebiyi et al., 2016; D'Amico, Crescenti, & Grippa, 2015; Ng et al., 2016)และจากการศึกษาแบบ longitudinal studyของTze Pin Ng และคณะ (Ng et al., 2016) พบว่า โรค metabolic syndrome เสี่ยงทำให้เกิดภาวะความบกพร่องของสมอง (Mild Cognitive Impairment, MCI) 1.4 เท่า และพัฒนาเป็นสมองเสื่อม 4.3 เท่า โรคเบาหวานต่อเสี่ยงต่อการเกิด MCI 2.8 เท่า และเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อม 2.5 เท่า และผู้ที่เป็นโรคกลุ่ม Cerebrovascular3 โรคขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อ MCI 1.6 เท่า และเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อม 5 เท่า แต่การศึกษานี้พบว่าโรคไขมันในหลอดเลือด (1.5 เท่า) และโรคอ้วน (1.4 เท่า) ความเสี่ยงต่อการเกิด MCI แต่ไม่พบความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อม ขณะที่การศึกษาแบบ Systematic review ของ Li และ Huang(Li & Huang,

2016)พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือด (Vascular dementia, VaD) และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease, AD) และความเสี่ยงของการเกิดโรค VaD และ AD จะเพิ่มมากขึ้นหากเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอายุเยอะ เป็นโรคไขมันเลือดสูง หรือมีสาร APOE ϵ 4 ในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ deOliveira และคณะ(de Oliveira, Pivi, Chen, Smith, & Bertolucci, 2015)พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจหลายโรค (โรคความดันโลหิต โรคไขมันในหลอดเลือด โรคเบาหวาน การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่)มีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงที่มี pulse pressure (PP) กว้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม(Peters et al., 2013)

นอกจากปัจจัยด้านโรคเรื้อรังแล้วยังพบว่า สารกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อม ผู้ที่ได้รับสาร organochlorine (OC) ในระดับปานกลางและระดับมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อม(Lee et al., 2016) ผู้ที่ได้รับสารเคมีและมีอาการทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อม 6 เท่า(Povey et al., 2014)ปัจจัยในการป้องกัน (Protective factors)มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลดการเกิดสมองเสื่อมเช่น การรับประทานยา Statin จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานยาลดไขมันช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อม(W. B. Wong, Lin, Boudreau, & Devine, 2013)แต่ก็มีการศึกษาพบว่ายา Statin ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดสมอง

เสื่อมแต่อย่างใด (McGuinness, Craig, Bullock, & Passmore, 2016; Pastor-Valero et al., 2014)แต่การรับประทานยาลดไขมันจะช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีและไม่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาให้แน่ชัดว่าความคุ้มทุนจากการจ่ายยากลับนี้เพื่อลดความเสี่ยงสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Coca, 2013; Davies, Kehoe, Ben-Shlomo, & Martin, 2011)การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ (A. Wong et al., 2016) การรับประทานอาหารMediterranean (Hardman, Kennedy, Macpherson, Scholey, & Pipingas, 2016; Smith & Blumenthal, 2016)และการรับประทาน micronutrients(Perez, Heim, Sherzai, Jaceldo-Siegl, & Sherzai, 2012)การฝึกการรับรู้คิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น การเล่นเกมส์ การใช้มือข้างที่ไม่ถนัดในการทำงาน เป็นต้น การนั่งสมาธิอย่างน้อย 12 นาทีต่อวัน (Khalsa, 2015)การมีส่วนร่วมในชุมชน(Clarke, Weuve, Barnes, Evans, & Mendes de Leon, 2015) เป็นต้น

การวินิจฉัยและการคัดกรองสมองเสื่อมเบื้องต้น

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมโดยยึดหลักDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)(Alzheimer's, 2015)มีหลัก

ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ประกอบด้วย 3 หลักใหญ่ คือ 1) ต้องมีความบกพร่องความจำ ร่วมกับ 2) อาการทางระบบประสาทอย่างน้อย 1 อย่าง ประกอบด้วย Aphasia: ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา Apraxia: ความผิดปกติทักษะและความสามารถเดิม Agnosia: ไม่สามารถระบุสิ่งของแม้ประสาทสัมผัสทำงานได้ปกติ และ Executive Function: มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การวางแผน และการมองเชิงนามธรรมบกพร่อง และ 3) ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยไม่มีความสัมพันธ์กับโรคเพื่อและโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น หรือ สาเหตุอื่นๆ เช่น ขาดวิตามิน B12 ภาวะขาดน้ำ มีเนื้องอกในสมองหรืออุบัติเหตุทางสมอง เป็นต้น และพบว่าการวินิจฉัยทางการแพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคจากการซักประวัติทั้งจากตัวผู้ป่วยร่วมกับการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลถึงความเปลี่ยนแปลงของความผิดปกติตามหลักการที่กล่าวมาข้างต้นและรวมทั้งการตรวจร่างกายและระบบประสาทที่สำคัญเพื่อแยกสาเหตุของการเกิดคามผิดปกติของร่างกายอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน และอาจจะมีการคัดกรองความรู้คิดร่วมด้วย (ก้องเกียรติ กุณท์กันทรากร, 2553)

การคัดกรองความรู้คิดหรือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นเป็นการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำให้ง่ายและสะดวกในการช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและเกิดความรวดเร็วในการรักษาและส่งต่อ แบบประเมินความรู้คิดหรือภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นที่แพร่หลายเช่น แบบ

ประเมิน MMSE-Thai 2002แบบประเมินmin-cog แบบประเมิน clock drawing test (CDT) และแบบประเมินการเสื่อมถอยในการทำงานของสมองของผู้สูงอายุจากผู้ให้ข้อมูล (IQCODE) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมีค่าจำเพาะและค่าจำแนกโรคที่แตกต่างกัน แต่เหมาะสมตามเกณฑ์การประเมินของ Quality Assessment tool for diagnostic Accuracy Studies (QUADAS) ซึ่งควรศึกษาระดับคะแนนจุดตัดที่เหมาะสมตามบริบทของสังคม และควรทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินมากกว่า 1 ชนิดเพื่อประสิทธิผลในการวินิจฉัยและการดูแล(อรวรรณ ศิลปกิจ, 2556)ส่วนแบบประเมินที่ใช้แพร่ในปัจจุบันคือแบบประเมินMMSE(Ismail, Rajji, & Shulman, 2010; Lam et al., 2008)ที่มีค่าความไวและค่าความจำเพาะของการคัดกรองสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี (88.3 sensitivity และ86.2 specificity สำหรับระดับคะแนน 23/24 หรือ 24/25 ในการคัดกรองสมองเสื่อม)(Lin et al., 2013)สามารถนำไปใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในชุมชนได้ ส่วนแบบประเมินMini-Cog ควรนำมาใช้ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือผู้ที่ได้รับการอบรมในการคัดกรองค่อยข้างดีและแบบประเมิน CDTที่การศึกษาส่วนใหญ่นำมาประเมินร่วมกับแบบประเมิน MMSE หากนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชนควรมีการศึกษาเพิ่มเติม (Ismail et al., 2010)

การเลือกใช้แบบประเมินหรือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนควรเลือกข้อคำถามที่ง่ายสำหรับผู้ประเมินในการให้คะแนนและไม่เป็นอุปสรรคในการประเมินหากผู้ถูกประเมินไม่มีความรู้หรือไม่สามารถอ่านออกเขียน

ได้ หรือมีข้อจำกัดเช่น ความพิการแขนขา และควรเลือกแบบประเมินที่มีสอดคล้องหรือตรงกับบริบทสังคมนั้นๆ(สุคนธา ศิริ, 2556)สำหรับการคัดกรองสมองเสื่อมในชุมชนไม่ว่าจะเป็นการแบบประเมินสมองเสื่อมจากการพัฒนาแบบประเมินขึ้นมาใหม่หรือใช้แบบประเมินที่มีอยู่ปัจจุบันก็อาจจะไม่ใช่ปัญหาสำคัญมากนักเพราะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมหรือการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่สิ่งที่สำคัญในการคัดกรองสมองเสื่อมคือการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองก่อนที่จะเกิดความรุนแรงของโรคขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ สุกดิบหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป

ผลกระทบของการเกิดโรคสมองเสื่อม

นอกจากภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้สูงอายุแล้ว การเกิดภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นทำให้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีการดูแล (burden care)อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้า(Mougias et al., 2015) ความเครียดนอนไม่หลับ และมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอ่อนเพลีย/อ่อนล้ามากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป(Laks et al., 2016)จากการศึกษาของ

Sakurai และคณะพบว่าผู้ดูแลมักมีการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติตลอดเวลาในช่วงการนอน โดยเฉพาะช่วงแรกของการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่สนิทเพราะวิตกกังวลว่าผู้สูงอายุจะออกมาเดินในเวลากลางคืนและเกิดอันตรายขึ้นระหว่างที่ผู้ดูแลนอนหลับจึงทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดการอ่อนล้า(Sakurai et al., 2015)นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้แก่รายได้ของครอบครัว เพศของผู้ดูแล ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางครอบครัว การเห็นคุณค่าของตนเองและสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Alvira et al., 2015; Chiao, Wu, & Hsiao, 2015) และพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์แปรปรวนง่ายของผู้สูงอายุส่งผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล(Tremont et al., 2015)จะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีทั้งตัวผู้ดูแลเองในการจัดการความเครียดและสามารถเผชิญปัญหาในการดูแลได้และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกได้ดังนี้ 1) การใช้ยาบำบัดเพื่อชะลอความรุนแรง (pharmacologic therapy) เป็นการให้ยาเพื่อประคับประคอง

อาการและชะลอความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยการใช้ยารักษาจำเพาะโรค เช่น การให้ยาที่ยับยั้งการทำลายของเอนไซม์ acetylcholinesterase การให้ยากลุ่ม NMDA-receptor antagonist การให้ยากลุ่มสารต้านอนุมูลอิสระ และการให้ยารักษาอาการทางจิตเวช เช่นอาการภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสนและประสาทหลอน ภาวะกระวนกระวายและก้าวร้าว และภาวะนอนไม่หลับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ 2) การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic therapy) ประกอบด้วยการฝึกการใช้ความคิดรับรู้ (cognitive training) เช่น การกระตุ้นความจำ การฝึกสมาธิ เป็นต้น และการบำบัดด้วยกิจกรรม เช่น การทำกลุ่มบำบัด การออกกำลังกาย เป็นต้น 3) การดูแลทั่วไปและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การดูแลกิจวัตรประจำวัน (Activities daily living) เช่น การดูแลอาบน้ำและความสะอาด การช่วยเหลือการแต่งตัว การดูแลเรื่องอาหาร การช่วยเหลือเมื่อขับถ่าย เป็นต้น การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การจัดบ้านให้โล่ง ไม่วางของเกะกะและไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การมีราวจับในห้องน้ำ ทางไม่ลาดชัน เป็นต้น 4) การป้องกันการทารุณกรรมในผู้สูงอายุและการพิทักษ์สิทธิตามกฎหมาย จากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางซึ่งเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมทั้งการทำร้ายร่างกาย การตำหนิหรือพูดจาทำร้ายจิตใจ การปล่อยประละเลยให้อยู่ตามลำพัง การกักขังไม่ให้พบเจอกับผู้คนหรือไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอันเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเอง การถูกกระทำชำเลาทางเพศ การไม่พิทักษ์สิทธิในตัวตน และ

ข้อโกงทรัพย์สิน เป็นสิ่งที่ครอบครัว คนในชุมชน และหน่วยงานของรัฐต้องมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ และควรมีการศึกษาแนวทางการจัดการในอนาคตต่อไป

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ลดความรุนแรงหรือชะลอความรุนแรงของอาการทางสมองโดยเฉพาะในระยะแรกเริ่มมีอาการสมองเสื่อมหรือระยะไม่รุนแรง
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และกลุ่มที่ไม่มี ความรุนแรงและต้องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป
3. ลดผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัว ระดับชุมชน และระดับประเทศ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องแบกรับภาระการดูแลทั้งค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าใช้จ่ายในการดูแล และปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล

บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ครอบครัวเป็นหน่วยเล็ก ๆ ของสังคมที่มีความสำคัญต่อความสุขของคนในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลซึ่งกันและกัน มีบทบาทหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลทั้งเรื่องทั่วไปและการดูแลด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั่วไป เช่น หุงข้าว ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า จากบุตรสาว รองลงมาจากคู่สมรส (ร้อยละ 25) จากบุตรชาย (ร้อยละ 12) และจากหลาน (ร้อยละ 7) และจากญาติ (ร้อยละ 7) (Somrongthong et al., 2013) และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ก็พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการดูแลจากครอบครัวทั้งจากคู่สมรสและบุตรโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ประกอบด้วยภรรยา ลูกสาว ลูกสะใภ้ และหลานสาว ซึ่งปกติแล้วบุคคลเหล่านี้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลครอบครัวอยู่เดิมอยู่แล้ว แต่ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลให้ลูกหลานบางคนต้องลาออกจากงานประจำเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลซึ่งทำให้ขาดรายได้และเกิดความเครียดจากการดูแลนานๆ ส่วนสามี บุตรชาย และหลานชายมักจะช่วยดูแลเมื่อจำเป็นหรือไม่สามารถหาญาติผู้หญิงมาดูแลได้ ผู้ดูแลเพศชายที่ทำหน้าที่ดูแลหลักหรือดูแลเป็นประจำค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุหญิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ซึ่งบทบาทการดูแลต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค (Huang et al., 2015)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่มาจาก

ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ทำหน้าที่ในการดูแลที่บ้านหรือเกิดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่กะทันหันโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกหรือบางรายอาจจะต้องดูแลตลอดไปหากไม่สามารถจ้างใครมาดูแลหรือหากคนมาแทนได้ ซึ่งอาจจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆและความเครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลาต่างๆได้ ส่วนผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึงพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ทั้งที่ทำหน้าที่ในการดูแลที่บ้าน (home-based care) และในสถานพยาบาลหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) มีศักยภาพในการดูแลค่อนข้างดี มีทั้งผู้ดูแลที่หมุนเวียนผู้ดูแลในการเวลาที่รับผิดชอบ (Sanders, 2016)

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมากและสังคมในปัจจุบันพูดถึงการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวกันมากขึ้นเนื่องจากสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งบทบาทเหล่านี้ครอบครัวต้องมีความจำเป็นในการดูแลอย่างถูกต้องเพื่อลดความเครียดจากการดูแลและการขัดแย้งภายในครอบครัว ซึ่ง Rader และ Tornquist อ้างใน (Theris A. Touhy, 2018) ได้แยกบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลออกเป็น 4 บทบาทได้แก่

1) Magician role หมายถึงการแสดงบทบาทหน้าที่ของนักมายากลที่ต่อเข้าไปสิ่งที่คนอื่นๆนั้นต้องการสื่อสารทั้งออกมาจากคำพูด

(verbally) และที่ไม่ใช่คำพูด (nonverbally) ผ่านจากการได้ยิน สายตาและความรู้สึกของบุคคลคนนั้นเมื่อเราทราบถึงความต้องการหรือเข้าใจบุคคลนั้นจะทำให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเพื่อป้องกันความเครียดหรือลดความเครียดและปัญหาของบุคคลนั้นให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

2) Detective role เป็นการทำหน้าที่ในการวิเคราะห์หรือคาดเดาสเหตุและต้นเหตุของความเครียดหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และหาแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้สูงอายุอาจเกิดจากการนอนไม่เพียงพอในตอนกลางคืนการที่ผู้ดูแลเข้าใจและทราบสาเหตุ เช่นการนอนพักในช่วงกลางวันเป็นเวลานาน ส่งผลให้นอนไม่หลับตอนกลางคืนซึ่งทำให้ช่วงกลางวันตื่นมาไม่สดชื่นเกิดอารมณ์หงุดหงิดและพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา ดังนั้นจากการสังเกตของผู้ดูแลจึงต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีสาเหตุมาจากอะไร และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในช่วงกลางวันและให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วงกลางคืนเป็นต้น หรือการสังเกตความผิดปกติจากการได้รับยาทำให้มีอาการผลทำให้ยาแก่แพทย์ผู้รักษาและมีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดของยาให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

3) Carpenter role เป็นการดูแลผู้สูงอายุแต่ละหลายมีความแตกต่างกันทั้งในบริบทของตัวบุคคล ครอบครัว และสังคมทำให้การดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งบทบาทในการเป็นช่างไม้จึงต้องทำหน้าที่ในการเลือกใช้เครื่องมือในการดูแลที่เหมาะสมกับบุคคลแต่ละคนและมีการปรับใช้ให้เหมาะสม

กับผู้สูงอายุที่ต้องดูแล หากผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวแล้วยิ่งมีความเข้าใจในความนึกคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว แม้ว่าแนวทางการดูแลจะมีหลากหลายวิธีแต่การเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมจึงแตกต่างกัน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในต่างประเทศเป็นการออกกำลังกายโดย โยคะ รำไทเก๊ก แต่สำหรับสำหรับคนไทยอาจเป็นการออกกำลังกายโดยการรำไทย รำโนราห์ หรือรำกระต๊อบ เป็นต้น

4) Jester role ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลายคนยังมีการรับรู้อารมณ์ขันและตอบสนองต่ออารมณ์ขันได้นั้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะกลายเป็นตัวตลกแต่การส่งเสริมกิจกรรมและการพูดคุยให้เกิดความสนุกสนานและอารมณ์ขันแก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลายจากภาวะการดูแล ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลอย่างเอาใจใส่และด้วยความรักจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลดีขึ้น

นอกจากนั้นการเพิ่มพูนศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพจะลดความเครียดของทั้งผู้ดูแลและยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Kuo, Huang, Hsu, Wang, & Shyu, 2016) ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงจะต้องมีความรู้ขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถแยกบทบาทในการดูแลพื้นฐานออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขอนามัยและเรื่องทั่วไป ได้แก่การดูแลและช่วยเหลือในการอาบน้ำ การ

แปร่งฟัน การขับถ่าย การแต่งกาย ความสะอาดของเสื้อผ้า และการจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาดและอากาศถ่ายเทสะดวก 2) การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการแต่งกายที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย การดูแลพื้นที่ที่ออกกำลังกายไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม มีแสงสว่างเพียงพอ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย 3) การดูแลและจัดการเรื่องอาหารและภาวะโภชนาการที่ดี การสังเกตการรับประทานอาการอาจเกิดการสำลักขึ้นได้ การตรวจสอบน้ำหนักที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่มีอ่อนเพลียและเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 4) การจัดการให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปลอดภัย ควรตรวจสอบยาที่รับประทานอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ และดูแลไม่ให้ผู้ป่วยขาดยา (หากจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง) 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การจัดราวจับที่บันไดหรือห้องน้ำ การตรวจสอบแสงสว่างให้เพียงพอภายในบ้าน การทำความสะอาดพื้นบ้านไม่ให้เปียกหรือลื่น จัดข้าวของให้เป็นระเบียบ เก็บวัตถุอันตรายเช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดต่างๆ ให้มิดชิด มีสัญญาณเตือนที่ชัดเจน เป็นต้น 6) การส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการดูแลการพักผ่อนและนอนหลับ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ ในช่วงกลางวัน เช่น ไปทำบุญ สวดมนต์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านให้คลายเหงา อาจนอนพักช่วงกลางวันแต่ไม่ควรเกินวันละ 1 ชั่วโมง เพราะจะทำให้นอนหลับไม่สนิท งดการรับประทานกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน หากผู้ป่วยนอนไม่หลับ

เวลากลางคืนเป็นเวลานานๆ อาจจะต้องปรึกษาแพทย์

บทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญคือการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้สูงอายุ เพราะการคิดและการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปทำให้การแสดงออกหรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุไม่เหมาะสมหรือไม่ดีเท่าที่ควร การสื่อสารและการดูแลอย่างเข้าใจจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลและครอบครัวจึงจำเป็นต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ของตนเองและปรับตัวกับปัญหาต่างๆ อย่างเข้มแข็ง

สรุป

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในศตวรรษที่ 21 ที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นแต่กลับมีชีวิตอยู่กับภาวะทุพพลภาพและโรคประจำตัว ปัจจัยของการเกิดโรคสมองเสื่อม ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบมากถึงร้อยละ 5-13 และจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้แก่ อายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย เพศหญิง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นต้น ไม่มีการเรียนรู้ใหม่ๆ และไม่คอยเข้าสังคม และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคยใช้สารเคมีในการเกษตร เป็นต้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย แนวทางการให้ยาชะลอสมองเสื่อม และการให้ยาปรับระดับ

ประครองอาการทางจิตเวช เช่น การให้ยานอนหลับ เป็นต้น การดูแลโดยไม่ใช้ยาประกอบด้วย การชะลอความรุนแรงของสมองเสื่อม เช่น การฝึกความคิดรับรู้ การนั่งสมาธิ เป็นต้น การบำบัดด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน สุขลักษณะทั่วไป การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพิทักษ์สิทธิของบุคคลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการลดความเลื่อมล้ำและภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของครอบครัว ชุมชน และสังคม

บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมประกอบด้วย 1) การเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุที่แสดงออกทั้งจากคำพูดและการแสดงออก 2) การเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาล่วงหน้า 3) การวางแผนการดูแลต้องให้เกิดความสอดคล้องกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน 4) การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนองค์ประกอบพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ 1)การดูแลสุขอนามัยและเรื่องทั่วไป 2) การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม 3)การดูแลและจัดการเรื่องอาหารและภาวะโภชนาการที่ดี 4) การจัดการให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปลอดภัย 5)การจัดการสิ่งแวดล้อมและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ และ 6) การ

ส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการดูแลการพักผ่อนและนอนหลับ

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร. (2553). ภาวะสมองเสื่อม ใน ประสาทวิทยาทันยุค. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพราวเพรส (2002) จำกัด.
- ขวัญเรือน กำวิตุ, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, & ศรุตพันธ์ จักรพันธ์ ญ. อยู่ธยา. (2015). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. Paper presented at the ประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัย-ขอนแก่น.
- ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, &พิมพ์ สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(2), 197-209.
- สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, & ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2556). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบุรี จังหวัดนครราชสีมา วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 43(1), 42-54.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

- โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2.
- สุคนธา ศิริ. (2556). เครื่องมือคัดกรองสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(1), 115-130.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2558). จิตเวช ศิริราช DMS-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- อรรวรรณ ศิลปกิจ. (2556). การคัดกรอง สมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 21(1), 34-47.
- Adebisi, A. O., Ogunniyi, A., Adediran, B. A., Olakehinde, O. O., & Siwoku, A. A. (2016). Cognitive Impairment Among the Aging Population in a Community in Southwest Nigeria. *Health Education & Behavior, 43*(1 Suppl), 93s-99s. doi:10.1177/1090198116635561
- Alvira, M. C., Risco, E., Cabrera, E., Farre, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M. H., . . . Zabalegui, A. (2015). The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs, 71*(6), 1417-1434. doi:10.1111/jan.12528
- Alzheimer's, A. (2015). 2015 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement, 11*(3), 332-384.
- Bruce, D. G., Davis, W. A., Starkstein, S. E., & Davis, T. M. (2014). Mid-life predictors of cognitive impairment and dementia in type 2 diabetes mellitus: the Fremantle Diabetes Study. *Journal of Alzheimers Disease, 42 Suppl 3*, S63-70. doi:10.3233/jad-132654
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *Int Nurs Rev, 62*(3), 340-350. doi:10.1111/inr.12194
- Clarke, P. J., Weuve, J., Barnes, L., Evans, D. A., & Mendes de Leon, C. F. (2015). Cognitive decline and the neighborhood environment. *Annals of Epidemiology, 25*(11), 849-854. doi:10.1016/j.annepidem.2015.07.001
- Coca, A. (2013). Hypertension and vascular dementia in the elderly: the potential role of anti-hypertensive agents. *Curr Med Res Opin, 29*(9), 1045-1054. doi:10.1185/03007995.2013.813841

- D'Amico, F., Crescenti, P., & Grippa, A. (2015). [PP.34.30]: PREVALENCE OF DEMENTIA IN ELDERLY SUBJECTS WITH HYPERTENSION COMORBIDITY. *Journal of Hypertension, 33*, e445. doi:10.1097/01.hjh.0000468784.83386.c7
- Davies, N. M., Kehoe, P. G., Ben-Shlomo, Y., & Martin, R. M. (2011). Associations of anti-hypertensive treatments with Alzheimer's disease, vascular dementia, and other dementias. *Journal of Alzheimers Disease, 26*(4), 699-708. doi:10.3233/JAD-2011-110347
- de Oliveira, F. F., Pivi, G. A. K., Chen, E. S., Smith, M. C., & Bertolucci, P. H. F. (2015). Risk factors for cognitive and functional change in one year in patients with Alzheimer's disease dementia from São Paulo, Brazil. *Journal of the Neurological Sciences, 359*(1-2), 127-132. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jnns.2015.10.051>
- Hardman, R. J., Kennedy, G., Macpherson, H., Scholey, A. B., & Pipingas, A. (2016). Adherence to a Mediterranean-Style Diet and Effects on Cognition in Adults: A Qualitative Evaluation and Systematic Review of Longitudinal and Prospective Trials. *Front Nutr, 3*, 22. doi:10.3389/fnut.2016.00022
- Huang, H. L., Shyu, Y. I., Chen, M. C., Huang, C. C., Kuo, H. C., Chen, S. T., & Hsu, W. C. (2015). Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. *Clin Interv Aging, 10*, 135-146. doi:10.2147/CIA.S60574
- Ismail, Z., Rajji, T. K., & Shulman, K. I. (2010). Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry, 25*(2), 111-120. doi:10.1002/gps.2306
- Jitapunkul, S., Chansirikanjana, S., & Thamarpirat, J. (2009). Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries: a population-based study. *Geriatr Gerontol Int, 9*(1), 47-53. doi:10.1111/j.1447-0594.2008.00501.x
- Jitapunkul, S., Kunanusont, C., Phoolcharoen, W., & Suriyawongpaisal, P. (2001). Prevalence estimation of

- dementia among Thai elderly: a national survey. *J Med Assoc Thai*, 84(4), 461-467.
- Khalsa, D. S. (2015). Stress, Meditation, and Alzheimer's Disease Prevention: Where The Evidence Stands. *Journal of Alzheimers Disease*, 48(1), 1-12.
doi:10.3233/JAD-142766
- Kuo, L. M., Huang, H. L., Hsu, W. C., Wang, Y. T., & Shyu, Y. L. (2016). Home-based caregiver training: Benefits differ by care receivers' dementia diagnosis. *Geriatr Nurs*.
doi:10.1016/j.gerinurse.2016.05.005
- Laks, J., Goren, A., Duenas, H., Novick, D., & Kahle-Wroblewski, K. (2016). Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(2), 176-185.
doi:10.1002/gps.4309
- Lam, L. C. W., Tam, C. W. C., Lui, V. W. C., Chan, W. C., Chan, S. S. M., Wong, S., Chiu, H. F. K. (2008). Prevalence of very mild and mild dementia in community-dwelling older Chinese people in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 20(01), 135-148.
doi:doi:10.1017/S1041610207006199
- Lee, D. H., Lind, P. M., Jacobs, D. R., Jr., Salihovic, S., van Bavel, B., & Lind, L. (2016). Association between background exposure to organochlorine pesticides and the risk of cognitive impairment: A prospective study that accounts for weight change. *Environment International*, 89-90, 179-184.
doi:10.1016/j.envint.2016.02.001
- Li, W., & Huang, E. (2016). An Update on Type 2 Diabetes Mellitus as a Risk Factor for Dementia. *Journal of Alzheimers Disease*, 53(2), 393-402. doi:10.3233/jad-160114
- Lin, J. S., O'Connor, E., Rossom, R. C., Perdue, L. A., Burda, B. U., Thompson, M., & Eckstrom, E. (2013) *Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD).
- McGuinness, B., Craig, D., Bullock, R., & Passmore, P. (2016). Statins for the prevention of dementia.

- Cochrane Database Syst Rev*(1), CD003160.
doi:10.1002/14651858.CD003160.
pub3
- Mekawichai, P., & Choeikamhaeng, L. (2013). The prevalence and the associated factors of dementia in patients with Parkinson's disease at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *J Med Assoc Thai, 96*(4), 440-445.
- Mougiyas, A. A., Politis, A., Mougiyas, M. A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. G. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psychiatriki, 26*(1), 28-37.
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Gao, Q., Lim, M. L., . . . Yap, K. B. (2016). Metabolic Syndrome and the Risk of Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia Follow-up of the Singapore Longitudinal Ageing Study Cohort. *Jama Neurology, 73*(4), 456-463.
doi:10.1001/jamaneurol.2015.4899
- Pastor-Valero, M., Furlan-Viebig, R., Menezes, P. R., da Silva, S. A., Vallada, H., & Scazufca, M. (2014). Education and WHO Recommendations for Fruit and Vegetable Intake Are Associated with Better Cognitive Function in a Disadvantaged Brazilian Elderly Population: A Population-Based Cross-Sectional Study. *PLoS One, 9*(4). doi:ARTN e94042
10.1371/journal.pone.0094042
- Perez, L., Heim, L., Sherzai, A., Jaceldo-Siegl, K., & Sherzai, A. (2012). Nutrition and vascular dementia. *J Nutr Health Aging, 16*(4), 319-324.
- Peters, M. E., Rosenberg, P. B., Steinberg, M., Norton, M. C., Welsh-Bohmer, K. A., Hayden, K. M., . . . Cache County, I. (2013). Neuropsychiatric symptoms as risk factors for progression from CIND to dementia: the Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry, 21*(11), 1116-1124.
doi:10.1016/j.jagp.2013.01.04910.1097/JGP.0b013e318267014b
- Povey, A. C., McNamee, R., Alhamwi, H., Stocks, S. J., Watkins, G., Burns, A., & Agius, R. (2014). Pesticide exposure and screen-positive neuropsychiatric disease in British sheep farmers. *Environ*

- Res*, 135, 262-270.
doi:10.1016/j.envres.2014.09.008
- Sakurai, S., Onishi, J., & Hirai, M. (2015). Impaired autonomic nervous system activity during sleep in family caregivers of ambulatory dementia patients in Japan. *Biol Res Nurs*, 17(1), 21-28.
doi:10.1177/1099800414524050
- Sanders, A. E. (2016). Caregiver Stress and the Patient With Dementia. *Continuum (Minneap Minn)*, 22(2 Dementia), 619-625.
doi:10.1212/CON.00000000000000301
- Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2016). Dietary Factors and Cognitive Decline. *J Prev Alzheimers Dis*, 3(1), 53-64.
doi:10.14283/jpad.2015.71
- Somrongthong, R., Wongchalee, S., Yodmai, K., Kuhirunyaratn, P., Sihapark, S., & Mureed, S. (2013). Quality of Life and Health Status Among Thai Elderly After Economic Crisis, Khon Kaen Province, Thailand. *European Journal of Scientific Research*, 112(3), 314-324.
- Theris A. Touhy. (2018). Care of Individuals with Neurocognitive Disorders. In K. J. Theris A. Touhy (Ed.), *Ebersol and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (pp. 354-355). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., . Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement*, 11(5), 541-548.
doi:10.1016/j.jalz.2014.05.1752
- Wong, W. B., Lin, V. W., Boudreau, D., & Devine, E. B. (2013). Statins in the prevention of dementia and Alzheimer's disease: a meta-analysis of observational studies and an assessment of confounding. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 22(4), 345-358.
doi:10.1002/pds.3381