



บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Role of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia

อาทิทยา สุวรรณ พย.ม.*

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 900 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2594 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลก และ ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา¹

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สัดส่วนผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2553, 2563, 2573 และ พ.ศ.2583 คิดเป็นร้อยละ 11.9, 17.51, 25.12 และ 32.1 ตามลำดับ² ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยมากขึ้นตามไปด้วยเพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เมื่ออายุมากขึ้นสุขภาพร่างกายอ่อนแอลง มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุและพบมากขึ้นตามอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะอ้วน โรคและภาวะต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ³

จากสถิติข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกิดภาวะสมองเสื่อม 35.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ.2593 เป็นร้อยละ 65.7 และ 115.4 ล้านคน ตามลำดับ ซึ่งพบมากในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.8-2.0⁴ ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลลดลง^{3,5} ในปัจจุบันถึงแม้จะมีการรักษาภาวะสมองเสื่อม แต่การรักษาส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ พร่องความรู้ความเข้าใจในการคัดกรอง และการพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ⁶

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแล รวมทั้งให้การพยาบาลและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนผู้ดูแล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะก่อนการวินิจฉัย ระยะวินิจฉัย ระยะที่ดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม และระยะสุดท้ายของชีวิต⁷ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งเสริมผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ บทบาทพยาบาล

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต E-mail: suwanartitaya@gmail.com



ความหมายของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมคือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง เกิดความผิดปกติของความจำ ทั้งในความจำระยะสั้นและระยะยาว การใช้ภาษา การสื่อสาร ความเข้าใจภาษา ทักษะในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน การวางแผน การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ⁵

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

อาการที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีหลากหลาย ส่วนใหญ่มีความผิดปกติในด้านความจำหรือความจำที่เพิ่งเกิดใหม่ๆ เนื่องจากเซลล์ประสาทในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำที่เพิ่งเกิดใหม่นั้นเสื่อมและสูญเสียหน้าที่เป็นอันดับแรก ทักษะการบริหารจัดการ การวางแผน การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เคยทำหรือกิจวัตรประจำวันลดลง สับสน ไม่ทราบวัน เวลา สถานที่ ไม่เข้าใจในสิ่งที่มองเห็น การแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นเปลี่ยนไป หลงทิศทาง มีความผิดปกติในการพูด ใช้คำพูดไม่ถูกต้องและทักษะการเขียนลดลง วางสิ่งของผิดและจำไม่ได้ว่าวางตำแหน่งใด ทักษะการทำงานและทักษะทางสังคมลดลง บุคลิกภาพและอารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย รวมไปถึง เจ็บเมื่อย หรือซึมเศร้า อาการดังกล่าวจะเริ่มจากเล็กน้อย ปานกลาง ถึงรุนแรง หรือหากมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น ติดเชื้อที่ปอด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด⁵

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมมีหลายชนิด ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้มีการทดสอบความแม่นยำในประชากรไทยแล้ว มีดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองเป็นสมรรถภาพหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเองหรือผู้อื่น⁸ แบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และส่วนที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์⁹

2. เกณฑ์ประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)¹¹ ซึ่งใน DSM-5 ได้ใช้คำว่า Major neurocognitive disorder (NCD) แทนคำว่า Dementia ซึ่ง Major NCD จะมีการทำงานของสมองในด้านต่างๆ (Higher cortical function) ลดลงจากเดิมชัดเจนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการดิ่งต่อน้อยอย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป

2.1 มีความยากลำบากในการใส่ใจรับรู้ข้อมูล ถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ (Complex attention)

2.2 มีความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป (Executive function) เช่น มีปัญหาในการจัดการและการวางแผนการใช้เงิน มีปัญหาในการดูแลตัวเองในเรื่องการกิน การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว และการเดินทาง

2.3 ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง (Learning and memory) เช่น จำเรื่องที่เคยพูดคุยเมื่อเร็วๆ นี้ไม่ได้ ทำของหายหรือวางของผิดที่

2.4 มีความลำบากในการพูดสื่อสารหรือเข้าใจภาษา (Language) เช่น พูดผิดพูดถูก มีปัญหาในการนึกหาคำพูด หรือพูดเข้าใจยาก

2.5 ความสามารถในการทำหัตถกรรมต่างๆ ที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่อง ทั้งๆ ที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย แขน ขาปกติ (Perceptual-motor) เช่น มีปัญหาในสิ่งที่เคยทำเป็นประจำที่บ้าน มีปัญหาสับสนทิศทาง

2.6 มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทสิ่งแวดล้อม ไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น (Social cognition) เช่น การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ หรือการพูดไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-Thai) เป็นการประเมินที่ถูกใช้มากที่สุดในการประเมินภาวะสมองเสื่อม ใช้ประเมินการทำงานของสมองและความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ ในด้านต่างๆ คือ Orientation to time and place, Registration and memory, Attention and calculation, Visual Construction¹²



4. การวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (Clock Drawing Test: CDT) เป็นการทดสอบที่ต้องอาศัยการรู้คิดหลายด้านของผู้ถูกทดสอบ ประกอบด้วย Comprehensive, Planning, Visual memory, Visuospatial ability, Motor programming และ Execution, Abstraction, Concentration และ Response inhibition⁹

5. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นเครื่องมือที่ทดสอบหลายด้านของการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น (Short-term memory) ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม (Visuospatial) การบริหารจัดการ (Executive function) สมาธิจดจ่อ (Attention) ภาษา (Language) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)⁹

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

หลักในการรักษามีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่ยังทำได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเน้นการบำบัดด้านการรู้คิด ปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาด้านจิตใจ การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุและการวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งมีทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา ดังนี้

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) เป็นวิธีการรักษาที่มีผู้นิยมมากกว่าการรักษาด้วยยา เป้าหมายของการรักษา คือ การส่งเสริมและกระตุ้นการรู้คิด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า เจ็บเมื่อย การนอนหลับที่ผิดปกติ และอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ของผู้สูงอายุ การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การบำบัดโดยใช้การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) การบำบัดโดยการออกกำลังกาย (Exercise therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) สุนัขบำบัด (Aroma therapy) การใช้แสงสว่าง (Light therapy) และสัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet therapy) ซึ่งสามารถลดอาการกระวนกระวาย กระตุ้นการรู้คิด นอกจากนั้นการเพิ่มการพบปะสังสรรค์กับผู้คนช่วยลดพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกโดดเดี่ยวได้^{5,13}

2. การรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological management) ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการรักษาภาวะ

สมองเสื่อมให้หายขาดได้ เพียงแต่ชะลออาการของโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ซึ่งการพิจารณาเลือกใช้ยาในกรณีนี้ที่หาสาเหตุหรือแก้ไขสาเหตุไม่ได้ เป็นการเพิ่มปริมาณของสารเคมีที่เรียกว่าสารสื่อประสาทในสมอง การให้ยารักษาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม กลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้¹⁴

1. ยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChEIs) ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีฤทธิ์ยับยั้ง cholinesterase ช่วยเพิ่มสารสื่อประสาทในสมอง เพิ่มการรู้คิดและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ นิยมให้ 3 ชนิด คือ Donepezil, Rivastigmine และ Galantamine

2. ยากลุ่ม NMDA receptor antagonist หรือยา Memantine ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ช่วยเพิ่มความจำและการเรียนรู้ ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง NMDA-receptor ซึ่ง NMDA-receptor ทำให้มีการไหลกลับของแคลเซียม เข้าสู่เซลล์มากเกินไป เป็นสาเหตุทำให้มีการเสื่อมของเซลล์สมอง

3. ยากลุ่ม Modifying the disease process เป็นยา กลุ่มใหม่ที่รักษาพยาธิสภาพของสมองเสื่อมโดยตรง ป้องกันไม่ให้เกิด Extra cellular amyloid plaque และ Intracellular neurofibrillary tangles ได้แก่ ยา Tramiprosate และ Bapineuzumab

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมองได้ตามสภาพของผู้สูงอายุ สำหรับการรักษาแบบใช้ยา พยาบาลควรเข้าใจการออกฤทธิ์และผลข้างเคียง เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และดูแลป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในระยะเฉียบพลันหรือวิกฤติ หากเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายจึงพามาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมโดยครอบคลุม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ



รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและผู้ดูแล บทบาทพยาบาลที่ครอบคลุม
ระยะต่างๆ ของภาวะสมองเสื่อม 4 ระยะ ดังนี้¹⁵

1. บทบาทพยาบาลในระยะก่อนการวินิจฉัย สมองเสื่อม

บทบาทพยาบาลในระยะก่อนการวินิจฉัยสมองเสื่อม
(Pre diagnosis) เป็นการป้องกัน การประเมินและคัดกรอง
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมไปถึงการคัดกรองปัจจัย
เสี่ยงของโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวภาพ
เพื่อช่วยป้องกันโรค ชะลอการดำเนินของโรค และลดจำนวน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นใหม่^{7,15} พยาบาลควร
ประเมินผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจาก
การสังเกตอาการ พฤติกรรม และจากการซักประวัติ
ผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแล โดยสังเกตอาการบกพร่องด้านการ
รู้คิด สถิติปัญญา ความจำ ระดับความรู้สึกรู้ตัว การมีสมาธิ
จดจ่อ การใช้ภาษา การวางแผนและการตัดสินใจ โดย
ประเมินร่วมกับการใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองภาวะ
สมองเสื่อม เช่น แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ
ภาษาไทย (MMSE-Thai) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ หรือแบบประเมินความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activities of daily living:
basic ADL) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอาจพบปัญหาคือ
การแยกภาวะสมองเสื่อม (Dementia) กับภาวะซึมเศร้า
เฉียบพลัน (Delirium) พยาบาลควรใช้เครื่องมือประเมิน
ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันเพื่อคัดกรองแยกจากภาวะ
สมองเสื่อม เช่น The confusion assessment method
(CAM), Tool delirium index และ Thai delirium rating
scale (TDRS) เป็นต้น^{7,15,16} นอกจากนี้การประเมินปัจจัย
เสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่
พยาบาลต้องทำควบคู่ไปด้วยโดยการซักประวัติและ
คัดกรองปัจจัยต่างๆ เช่น อายุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมาก
ที่สุดโดยพบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พันธุกรรม
หรือประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมโดยพบว่า
พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การ
สูบบุหรี่ ผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่ ทำให้การทำงานด้าน
การคิดและหาเหตุผลของสมองไม่ดี และเสียการจัดการและ
การวางแผนหรือการตัดสินใจ การสูบบุหรี่ทำให้การ
ไหลเวียนเลือดไปที่สมองลดลง ทำให้สมองฝ่อเร็วขึ้น ภาวะ
โภชนาการ ที่สำคัญคือการขาดวิตามินซีและวิตามินอี โดย
วิตามินซีและวิตามินอีเป็นสารอาหารที่ต่อต้านอนุมูลอิสระ

สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิตามินอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่
กรดโฟลิก และวิตามินบีสิบสอง การขาดสารสองชนิดนี้
ทำให้ระดับโฮโมซิสเตอีน (Homocysteine) สูงขึ้นและเพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การออกกำลังกาย
ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกายมีภาวะเสี่ยงทำให้เกิดภาวะ
สมองเสื่อม การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันภาวะเสื่อมของ
เซลล์ประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหัวใจและ
ไหลเวียนเลือด ช่วยทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น
สมองสั่งงานและทำงานได้ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองและโรคอ้วน ซึ่งมีผลต่อการเกิดความ
บกพร่องของความจำและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาทำให้
ขาดการกระตุ้นของสมองและระบบประสาท แตกต่างจาก
ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาทำให้มีการกระตุ้นสมองและระบบ
ประสาทจากการเรียนหนังสือทำให้ความสามารถของสมอง
ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุที่มีดัชนี
มวลกายสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานและมีภาวะอ้วน จะมีอัตรา
การเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย
อยู่ในเกณฑ์ปกติ การทำกิจกรรมในสังคม กิจกรรมในเวลา
ว่างและงานอดิเรก การทำกิจกรรมทำให้สมองได้รับการ
กระตุ้น ทำให้ใยประสาทหนาเข้าที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาท
ทำงานได้ดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เซลล์สมองเจริญเติบโต
และแข็งแรง ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม และปัจจัย
เสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประวัติการบาดเจ็บของสมอง หรือ
อุบัติเหตุที่ศีรษะ และโรคซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสเกิด
ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น^{5,17,18,19,20}

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการ
ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการ
ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ๆ มีควันบุหรี่
ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
การออกกำลังกายช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และ
ลดความถดถอยในการเรียนรู้ได้ การออกกำลังกายที่
ป้องกันสมองเสื่อมควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
(Aerobic) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายต้องใช้ออกซิเจน
ซึ่งมีผลให้ระบบการทำงานของหัวใจ ปอด หลอดเลือด และ
การไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกายแข็งแรงขึ้น เช่น การวิ่ง
การปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ อย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลา
อย่างน้อย 20-30 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับ



ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวอาจออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินแทน เช่น การเดินเร็ว การทำงานบ้าน พรวนดิน ปลูกต้นไม้ ทำสวนในรั้วบ้านและใช้การเดินแทนการนั่งรถในระยาะใกล้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกหัดทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ การทำงานบ้าน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การเล่นเกมสืบบวกลบคูณหารตัวเลข เกมสืบคำศัพท์ การวาดรูป หรือทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน เช่น ฝึกเล่นดนตรี เต้นรำ เขียนหนังสือหรือแปรงฟันด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด จากผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่มีการกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะทำให้เกิดสมาธิและการจดจำ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดี รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ชมรมผู้สูงอายุ หรือการพบพูดคุยกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน จะทำให้สมองถูกกระตุ้นให้ใช้ความคิดอยู่เสมอ นอกจากนี้ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และให้หลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด และเค็มจัด ซึ่งจะช่วยให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ควรเน้นให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารต้านอนุมูลอิสระ อาหารที่มีวิตามินซี วิตามินอี กรดโฟลิก วิตามินบีสิบสอง เหล็กแร่และวิตามินอื่นๆ เช่น แคลเซียม สังกะสี วิตามินเค วิตามินดี และวิตามินเอ มีมากใน ผัก ผลไม้หลากสี อาหารจำพวกถั่ว นม ไข่ ซึ่งควรบริโภคเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 เช่น ปลาทะเล นม ควรบริโภคอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อาหารเหล่านี้มีบทบาทสำคัญช่วยในการทำงานของเยื่อหุ้มเซลล์ประสาทและการเชื่อมประสานกันระหว่างเซลล์ประสาท ป้องกันการเกิดอนุมูลอิสระซึ่งเป็นกระบวนการทำให้เกิดความเสื่อมของสมองและความถดถอยทางสติปัญญา^{18,20,21,32}

2. บทบาทพยาบาลในระยาะที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อม

จุดมุ่งหมายหลักในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะนี้คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวสามารถจัดการภาวะสมองเสื่อมและลดภาวะ

แทรกซ้อนจากภาวะสมองเสื่อม พยาบาลควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ส่งเสริมสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง^{7,15}

การพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยสมองเสื่อม (Diagnosis) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาภาวะสมองเสื่อม เช่น การรักษาด้วยยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพื่อช่วยเพิ่มการรู้คิดและความจำ รวมทั้งการให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประสานความร่วมมือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแล ในการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่มีความลำบากในการรับประทาน อาหารและดื่มน้ำ ควรจัดอาหารที่ผู้สูงอายุชอบมีคุณค่าครบถ้วน บรรยากาศในการรับประทานอาหารควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่ควรมีสสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดุที่วีไปด้วย ไม่เร่งรีบและคอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเป็นระยาะๆ ผู้ดูแลควรอยู่เป็นเพื่อนเวลารับประทานอาหาร ไม่ตำหนิพฤติกรรมในขณะรับประทานอาหารและคอยบอกผู้สูงอายุเกี่ยวกับรสชาติและกลิ่นของอาหารเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้สูงอายุ การเข้าห้องน้ำและการขับถ่ายเป็นปัญหาที่รองลงมาของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลควรจัดตารางเวลาหรือกำหนดเวลาสำหรับการเข้าห้องน้ำและการขับถ่ายเป็นระยาะๆ จัดห้องนอนให้อยู่ใกล้ๆ กับห้องน้ำและสอนการใช้ห้องน้ำแก่ผู้สูงอายุ การดูแลความสะอาดของร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดโดยมีการแนะนำวิธีการทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุ อาจยื่นอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุทำเอง เช่น แชมพูสระผมและสบู่ ซึ่งควรเป็นสบู่อ่อนที่ไม่ระคายเคือง รวมทั้งการแต่งตัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่ แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าที่ละชั้นตอน ผู้ดูแลควรจัดหาเสื้อผ้าที่สวมใส่ง่าย เช่น เสื้อสวมทางศีรษะไม่ต้องติดกระดุมหรือกลับเสื้อผ้าให้ใส่ได้เลย ปลดกระดุมและซิปไว้ การดูแลปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ควรมีการป้องกันการเกิด



อุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้มโดยมีการประเินการทรงตัว การยืนและการเดิน หากผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีหรือมีอาการสับสน ควรจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเดินไว้ใกล้ ๆ ไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุเดินโดยลำพัง เพราะอาจทำให้เกิดการหลงทางและการหยาสาบสูญ เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมอาจมีพฤติกรรมเดินหลง ไม่ทราบวาทตนเองอยู่ที่ใด ผู้ดูแลควรจัดหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเพื่อให้เกิดเรื่องการออกนอกบ้านหรือเดินไปมาในบ้านลดลง หรือลดสิ่งกระตุ้น เช่น ทาสีพรางลูกบิดหรือกลอนประตูให้กลมกลืนหรือซ่อนกุญแจบ้าน เพื่อป้องกันผู้ป่วยเปิดประตูออกจากบ้านเอง การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในการเคลื่อนไหว ควรจัดที่พักให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่เปียกชื้น ห้องนอนควรอยู่ชั้นหนึ่งไม่ต้องขึ้นบันได รวมทั้งไม่จัดของมีคมไว้ใกล้ ๆ ผู้สูงอายุ^{9,16,23,24}

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการรู้คิด (Cognitive function) ที่ดีขึ้นเป็นบทบาทพยาบาลที่สำคัญ เพราะในระยะนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการหลงลืม แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลในระยะนี้ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกฝนการรู้คิด โดยใช้กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่าง ๆ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล เช่น กิจกรรมต่อชิ้นส่วนภาพ กิจกรรมเรียงลำดับภาพเหตุการณ์ กิจกรรมทายเสียงที่ได้ยิน กิจกรรมคล่าสัมผัส กิจกรรมประดิษฐ์โมบาย กิจกรรมเติมตัวเลข กิจกรรมทายปัญหา เป็นต้น จากผลการศึกษา พบว่า การใช้กิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยปฏิบัติ 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 7 สัปดาห์ ส่งเสริมให้มีการรู้คิด ความจำที่ดีขึ้น นอกจากนั้นควรมีการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการกระตุ้นความจำโดยใช้กิจกรรมเน้นการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และฤดูกาล และกิจกรรมกลุ่มอื่นๆ เช่น เกมสโดมิโน ทายศัพท์ บิงโก การเขียนไดอารี่ การจดบันทึกหรือจัดให้มีรูปถ่ายของครอบครัว ปฏิทิน และนาฬิกาไว้ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุมองเห็นง่าย เพื่อกระตุ้นความจำ นอกจากนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว ควรแนะนำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ทำจิตใจให้สดใส อารมณ์สดชื่น ถ้าผู้ดูแลอารมณ์ดี จะมีผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น พฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว และขาดความยับยั้งชั่งใจ^{9,16,25}

3. บทบาทพยาบาลในระยะที่ดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม

พยาบาลควรส่งเสริมและประสานความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะสมองเสื่อม และสามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน พื้นฟูสภาพ คงความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตที่อยู่กับภาวะสมองเสื่อม (Living with dementia) อย่างดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{7,15}

การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีเป้าหมายเพื่อคงความสามารถในการดูแลตนเอง การรู้คิดและความจำของผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด ลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยเน้นความสามารถทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว ฝึกความสามารถในการเคลื่อนไหว การเดินและการเคลื่อนที่ โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีกำลังกล้ามเนื้อ และความสามารถในการใช้งานของแขนและขาลดลงตามวัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กำลังกล้ามเนื้อขาที่ลดลงทำให้ความสามารถในการเดินลดลงด้วย โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรู้คิด ดังนั้นหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว หรือจากการนอนนาน ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น ข้อติดแข็ง กระดูกบาง กระดูกพรุน ปอดแฟบหรือปอดติดเชื้อ แผลกดทับ ท้องอืดหรือท้องผูก และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบเล็ก เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อของมือและแขน การเหยียดของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ เช่น ยางที่มีความยืดหยุ่น การเดิน การเดินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในกรณีที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบากอาจใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าคอกหัดเดิน หรือผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถออกกำลังกายได้ อาจปฏิบัติเพียงเดินไปเดินมาในบ้าน ดูแลหลานหรือ



สัตว์เลี้ยง ก็สามารถกระตุ้นการทำงานของหัวใจได้ระดับหนึ่ง หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการเดิน ควรกระตุ้นให้เคลื่อนไหวเท่าที่จะทำได้ หรือ มีการจัดทำบริหารบนเตียง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การกระดกเท้าขึ้นลงบ่อย ๆ การขยับข้อต่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง การพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับ จัดให้ผู้สูงอายุในท่านั่งหรือศีรษะสูงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวดีและฝึกการหายใจและไอเพื่อขับเสมหะ นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการกลืนปัสสาวะอาจจะไม่ได้ เป็นปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พบบ่อยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการฟื้นฟูสภาพของภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ทำได้โดย ในระยะแรกอาจฝึกให้ผู้สูงอายุมีการปัสสาวะเป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอและบ่อย ๆ อาจทำทุก 15-20 นาที ต่อไปจึงยืดระยะเวลาการปัสสาวะให้นานขึ้น พร้อมกับแนะนำในเรื่องของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยการขมิบกันบ่อย ๆ เพื่อแก้ไขภาวะปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม สำหรับการกลืนอาจจะไม่ได้หรือภาวะอุจจาระราดนั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากท้องผูกหรือจากภาวะลำไส้อุดตัน (Overflow incontinence) ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารที่มีกากใย การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงท่าบ่อย ๆ นวดหน้าท้อง หรือการใช้ยาระบายหากจำเป็น^{27,28}

ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดและสติปัญญาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพเช่นกัน การรู้คิดที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเดินที่ลดลง ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดดีกว่าจะช่วยเหลือการเสื่อมถอยของการเดินได้ดีกว่าผู้ที่มีการรู้คิดไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมขั้นปานกลางถึงรุนแรงมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่และมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การใช้โทรศัพท์ การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายเงิน เพราะกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ต้องใช้การทำงานของสมองที่ซับซ้อนมากขึ้น กว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จากผลการศึกษาพบว่า การใช้บำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation therapy) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริง ช่วยในการฟื้นฟูความสามารถด้านการรับรู้ ความจำ ฝึกสมาธิ และการจดจ่อ การทำกิจกรรมบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงนั้น

เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นทุกครั้งด้วยการกระตุ้นการรับรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ อาจใช้กระดานบอกวัน เวลา และสถานที่ แล้วตามด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายตามความสามารถของผู้สูงอายุหลังจากนั้นจึงเริ่มทำกิจกรรม ซึ่งลักษณะของกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุเรียกชื่อ แยกวัตถุสิ่งของ รับสัมผัสสิ่งของแล้วนำมาพูดคุยบอกความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น หรือใช้การวาดภาพและการเตรียมอาหาร ซึ่งการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงควรทำร่วมกับการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะสามารถช่วยส่งเสริมฟื้นฟูการรู้คิด ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ดียิ่งขึ้น^{29,30}

4. บทบาทพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง การรู้คิดเสื่อมถอยลงอย่างมาก เช่น ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาด้านการกลืน ขาดสารอาหาร เคลื่อนไหวไม่ได้เลย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน การติดเชื้อซ้ำซ้อน ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายและความเจ็บปวด รวมทั้งมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น กระวนกระวาย หลงผิด ประสาทหลอน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายมักมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน แต่บางรายอาจมีชีวิตยาวนาน 2-3 ปี และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะสมองเสื่อม พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต และดูแลประสานความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน^{7,15}

บทบาทพยาบาลในระยะนี้เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งความเจ็บปวดเป็นปัญหาทางร่างกายที่พบได้บ่อย ผู้สูงอายุอาจเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สบายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะติดเชื้อหรือแผลกดทับ พยาบาลควรมีการประเมินความเจ็บปวด เช่น ตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรงของการปวดโดยสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง การแสดงออกทางสีหน้าในขณะปวด ร้องครวญคราง กัดฟันแน่น กระสับกระส่าย การรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยลง ซึ่งในปัจจุบันมีการนำแบบประเมินความเจ็บปวดมาใช้หลากหลาย



เช่น Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale, Facial expression, Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) ซึ่งวิธีการจัดการกับความปวดมีหลากหลายขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บปวดได้แก่ การให้ยาลดปวดและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา โดย เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยวิธีต่าง ๆ การนวด การฝังเข็ม การกดจุด เป็นต้น รวมทั้งการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดลดลงหรือไม่รู้สึกปวด ปัญหาที่รบกวนมาจากความเจ็บปวด คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบากและการลืมวิธีรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานไม่ได้เลย เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา พยาบาลควรช่วยเหลือโดยการประเมินหาสาเหตุของภาวะนี้และดูแลผู้สูงอายุตามสาเหตุดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุหรือผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา พยาบาลควรมีการประสานงานกับแพทย์ในการรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน หรือการดูแลโดยไม่ใช้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการ เช่น จัดอาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ รับประทานอาหารน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ หรือหากผู้สูงอายุมีการกลืนลำบากและสำคัญอาหารควรใช้อาหารเหนียวขึ้น และป้อนด้วยช้อนเล็ก ๆ ปัญหาทางกายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ได้เคลื่อนไหว เช่น ภาวะท้องผูก แผลกดทับ ภาวะปอดติดเชื้อ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลควรให้การป้องกันการเกิดภาวะต่าง ๆ หรือระดับประคองให้การดูแล เช่น การดูแลความสะอาดของผิวหนังสุขอนามัย การจัดทำ การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บ่อย ๆ ทุกครั้งและหลังขับถ่าย ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใยหรือดูแลให้ได้รับยาระบาย เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะพฤติกรรมและอารมณ์ที่เสื่อมถอยอย่างรุนแรง เป็นภาวะที่พยาบาลควรสังเกตและให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมักมีอาการระแวง หลงผิด ประสาทหลอนมากขึ้น ควรใช้เทคนิคในการหันเหความสนใจ ใช้กิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น ดนตรีบำบัด เป็นการนำดนตรีมาบรรเลง นุ่มนวล ไพเราะ จังหวะสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสงบและลดอาการกระวนกระวายลง สิ่งสำคัญพยาบาลไม่ควรผูกมัดผู้สูงอายุ หากจำเป็นไม่ควรผูกมัดเป็นเวลานานเพราะอาจทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ร่างกายอ่อนแอลง เกิดข้อยึดและเป็นภาระกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีอาการมากขึ้น

หากผู้สูงอายุมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พยาบาลควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาลดอาการเหล่านี้³¹⁻³³

เมื่อการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมมาถึงในระยะสุดท้าย ครอบครัวและญาติของผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเตรียมพร้อมเผชิญกับการสูญเสียของบุคคลในครอบครัว บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพยาบาล คือ การการดูแลระดับประคองจิตใจของครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลในมิติของสังคม พยาบาลควรประเมินครอบครัวและญาติของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การยอมรับกับการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด การเผชิญปัญหาและวิธีการจัดการกับความเครียด หากพยาบาลมีความเข้าใจกับปฏิกิริยาดังกล่าว พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือวางแผนการดูแลครอบครัวและญาติได้อย่างเหมาะสม เช่น แนะนำการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดภาวะเครียด การหยุดพักการทำงาน ทำงานอดิเรกที่สนใจหรือถนัด และพักผ่อนให้เพียงพอ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายนามความรู้สึกโดยพยาบาลเป็นผู้รับฟัง รวมทั้งเปิดโอกาสโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ญาติช่วยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมของครอบครัวและญาติ เช่น บุคคลใกล้ชิด ผู้นำทางศาสนา พยาบาลอาจติดต่อบุคคลเหล่านั้นให้มาพบปะพูดคุยกับญาติ หรือแนะนำหน่วยงานที่ให้คำปรึกษา เครือข่ายทางสังคม ชมรมหรือสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อให้ญาติเกิดกำลังใจ หากกระยะใกล้สิ้นลมหายใจมาถึง พยาบาลควรจัดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด^{16,33}

สรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลให้ครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ บทบาทพยาบาลประกอบด้วย 4 ระยะ โดยในระยะแรกก่อนการวินิจฉัยสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยมีการซักประวัติ อาการและอาการแสดงและจากเครื่องมือคัดกรอง การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมทางสังคมและการ



รับประทานอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระยะที่สมองเป็นระยะที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัวรวมทั้งดูแลประสานความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในด้านต่างๆ ระยะที่สามเป็นระยะที่ดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทในการดูแลฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสมองเสื่อม และระยะที่สี่ระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลมีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประคับประคองจิตใจของครอบครัวหรือผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไป

References

1. World health organization. Ageing and health: fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2016 April 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
2. Office of National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 2010-2040 [Internet]. 2013 [Cited 2016 April 5]. Available from: <http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents>
3. Alzheimer's Disease International. World alzheimer report 2015, the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trend [Internet]. 2015 [cited 2016 April 10]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
4. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. *J Psychiatric Assoc Thailand* 2013; 58: 101-10.
5. Alzheimer's Association. Alzheimer's association report 2015 alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2015; 11: 332-84.
6. 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): 193-201.
7. Thompson R. Developing nursing in dementia care: dementia action alliance quarterly meeting May 2014 [Internet]. Royal College of Nursing; 2014 [cited 2016 February 5]. Available from: http://www.dementiaaction.org.uk/assets/0001/0289/Rachel_Thompson.pdf
8. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Theeranut A, et al. Health profile of older persons in health care institute and in community. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35(2): 15-24.
9. Muangpaisan W. Dementia in elderly and prevention. In: Assantachai P, editors. *Health problem in the elderly and prevention*. 4thed. Bangkok: Union creation; 2013.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013 [cited 2016 May 16]. Available from: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>
11. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Health. *Care of geriatric diseases: Multidisciplinary* [Internet]. 2005 [cited 2016 April 12]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/113926317/multihealth>
12. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 436-42.
13. Turner T. Dementia: management: current pharmacological treatments do not offer a cure for dementia but can delay cognitive decline. *Clinical Pharmacist* 2014; 6: 40-6.
14. Thompson R, Heath H. *Dementia: commitment to the care of people with dementia in hospital settings* [Internet]. London: Royal College of Nursing; 2013 [cited 2016 March 18]. Available from: https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/480269/004235.pdf
15. Muangpaisan W. *Dementia: prevention, assessment and care*. 1thed. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2013.



16. Clarke R. Homocysteine, B vitamins, and the risk of dementia. *Am J Clin Nut* 2007; 85: 329-30.
17. Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. Physical exercise as a preventive or disease-Modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 876-84.
18. 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: 108-14.
19. 20. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 2508-16.
20. Polidori MC, Nelles G, Pientka L. Prevention of dementia: focus on lifestyle. *Int J Alzheimers Dis* 2010; 2010: 1-9.
21. Swaminathan A, Jicha A. Nutrition prevent of alzheimer's dementia. *Frontiers tn Aging Neurosci* 2014; 6: 1-13.
22. 23. American's society. Caring for person with dementia [Internet]. 2016 [cited 2016 April 10]. Available from: <https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200354>.
23. Social Care Institute for Excellence. Dementia gateway: support following diagnosis. 2014 [cited 2016 April 30]. Available from: <https://www.scie.org.uk/dementia/resources/files/support-following-diagnosis.pdf?res=true>
24. 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: 795-96.
25. Hebert LE, Bienias JL, McCann JJ, Scherr PA, Wilson RS, Evans DA. Upper and lower extremity motor performance and functional impairment in alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2010; 25: 425-31.
26. Kuptniratsaikul V. Rehabilitation in elderly. In: Assantachai P, editors. Health problem in the elderly and prevention. 4thed. Bangkok: Union creation; 2013. p. 425-45.
27. Buchman AS, Boyle PA, Leurgans SE, Barnes LL, Bennett DA, Cognitive function is associate with the development of mobility impairment in community-dwelling elder. *Am J Geriatr* 2011; 19: 571-80.
28. Namjuntra R. Rehabilitation of elders with Dementia. *HCU Journal* 2010; 14(27): 137-50.
29. Konetzka RT, Brauner DJ, Perrailon MC, Werner RM. The role of severe dementia in nursing home report cards. *Med Care Res Rev* 2015; 72: 562-79.
30. Schafirovits-Morillo L, Suemoto CK. Severe dementia a review on diagnosis, therapeutic management and ethical issues. *Dement Neuropsychol* 2010; 4: 158-64.
31. Sampson EL. Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull* 2010; 96: 159-74.