

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีภาระ และความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรค
 - 1.3 ชนิดของกลุ่มอาการสมองเสื่อม
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและอาการแสดง
 - 1.5 การประเมินภาวะสมองเสื่อม
 - 1.6 การรักษาภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.3 การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
 - 2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
 - 2.5 ผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
3. ความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
4. ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
5. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
6. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิต

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ความหมาย ภาวะสมองเสื่อมมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542, หน้า 113 ; Barry, 2001)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนของเปลือกสมอง มีผลต่อความบกพร่องในด้านสติปัญญา มีภาวะเสื่อมลงโดยเฉพาะในเรื่อง ความจำเป็นความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจบกพร่อง ความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและการควบคุมอารมณ์ โดยที่ระดับความรู้สึกดั้งเดิมที่ผิดปกติ อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

อุบัติการณ์การเกิดโรค สมองเสื่อมในวัยสูงอายุ ได้มีการศึกษาถึงระดับวิทยาและทุกการศึกษาที่มีผลตรงกันว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออายุมากขึ้น (อายุมากกว่า 65 ปี) และจำนวนความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัว ในทุก ๆ อายุ 5 ปีที่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจในประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2540 ได้ทำการศึกษาปัญหาสมองเสื่อมในชุมชนแออัดคลองเตย พบผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 1.8 จากกลุ่มตัวอย่าง 500 ราย และจากการศึกษาของ บุคคล กาญจรักษ์ (2537) พบผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี มีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 7.57 จากกลุ่มตัวอย่าง 185 ราย ซึ่งในระดับประเทศยังไม่มีรายงานผลความชุกของโรคสมองเสื่อม แต่ถ้าหากพิจารณาจากข้อมูลตัวของต่างประเทศ และข้อมูลจากสถาบันผู้สูงอายุที่ว่า จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปีพ.ศ.2542 นี้ มีประมาณร้อยละ 8.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สามารถนำคิดคำนวณและประมาณการณ์ผู้ที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมทั้งประเทศ ได้เป็นจำนวนถึง 270,000 คน ซึ่งเป็นอุบัติการณ์การเกิดที่สูงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2545)

ชนิดของกลุ่มอาการสมองเสื่อม กลุ่มอาการสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543 ; Hamdy, Turnbull, & Lancaster, 1994 ; Charlotte, 2001, pp. 324-325)

1. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (dementia / arteriosclerotic หรือ multifarct dementia) คือ สภาวะการเสื่อมของชาวปัญญา เนื่องจากการเสื่อมสลายของเส้นโลหิตแดงของสมอง สาเหตุมาจากการแข็งตัวของเลือดในสมองและความดันโลหิตสูง

ลักษณะทางคลินิก พบการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์นำมาก่อนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความจำและสติปัญญา พบว่าอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมอารมณ์โกรธ

ไม่ได้ และอาจหิวระหรือร้องไห้ดัง ๆ โดยไม่อะไรกระตุ้นหรือกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น มีความผิดปกติทางระบบประสาท ไม่สามารถพูดให้ผู้อื่นเข้าใจ (dysphasia)

2. ภาวะสมองเสื่อมใน โรคอัลไซเมอร์ ลักษณะพยาธิวิทยา ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ที่ผิดปกติ ซึ่งจะพบสมองโดยทั่วไปเหี่ยวแห้งจะเป็นมากบริเวณสมองกลีบ fronto-parietal และ temporal การที่สมองทั่วไปเหี่ยวเกิดจากการเล็กลงหรือเหี่ยวลง

2.2 ลักษณะความผิดปกติในระบบ neurotransmitter พบว่า ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือระบบ cholinergic โดยเฉพาะส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด

2.3 ลักษณะทางพันธุศาสตร์ พบว่า ยีนส์มีการสร้าง APP อยู่บนโครโมโซม คู่ที่ 21 ความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่น ๆ อาจส่งเสริมให้มีการสร้าง amyloid ที่ผิดปกติเมื่อมีความผิดปกติของยีนส์ ทำให้เกิด proteolytic cleavage product ที่ผิดปกติของ APP ซึ่งมีผลให้เกิด amyloid plaque

2.4 จากการติดเชื้อ เชื่อว่าโรคอัลไซเมอร์ อาจเกิดจาก slow unconventional virus เนื่องจาก โรคสมองเสื่อมอื่นๆ ของระบบประสาท เช่น creutzfeldt Jakob disease เกิดจากสาเหตุการติดเชื้อดังกล่าว หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อชนิด conventional virus เช่น herpes simplex ก็อาจเป็นไปได้แต่ยังไม่ผลยืนยัน

2.5 เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันและการอักเสบ เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหรือการอักเสบบริเวณ senile plaque แต่การตอบสนองนี้อาจเป็นสาเหตุหรือเป็นผลของโรคอัลไซเมอร์ก็ได้

2.6 เกี่ยวกับการรวมตัวกันของโปรตีนหรือ aluminum ในสมองบริเวณ senile plaque

ลักษณะทางคลินิก อาการที่มักเป็นตั้งแต่เริ่มแรก ความผิดปกติทางภาษา การจำชื่อสิ่งของไม่ได้ มีความคิดช้าลง เขียนหรือพูดลำบาก และขาดสมาธิ มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพและความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหว มีการเปลี่ยนแปลงทางอุปนิสัย ที่พบบ่อยคือ เฉยเมย (apathy) ก้าวร้าว (agitation) วิตกกังวล หงุดหงิด (irritated) หิวแหว่ประสาทหลอน

3. ภาวะสมองเสื่อมในวัยชรา เชื่อว่าการได้รับภยันอันตรายบางอย่างจากสภาพแวดล้อมที่ละเล็กละน้อย เช่น อุบัติเหตุ สารพิษ การติดเชื้อ สามารถทำให้เกิดการตายของของเซลล์ประสาทในบริเวณส่วนคอร์เทกซ์ของสมองใหญ่ พบว่าเซลล์สมองมีการเสื่อมสลาย จำนวนลดลงและเซลล์ที่เหลือจะเหี่ยวลง ซึ่งในระยะแรกอาจจะยังไม่มีอาการทางคลินิก แต่เมื่อเวลาผ่านไป หรือเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีปรากฏการณ์ของการตายหรือการเสื่อมของเซลล์ประสาท ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวกับ

neurotrophic factors เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยปกติเมื่อเซลล์เสียไปในระยะแรก ระบบประสาทจะมีการปรับเปลี่ยนจำนวน receptor ทำให้เซลล์ทำหน้าที่อยู่ได้ จนในระยะหลังที่เริ่มมีการเสื่อมตามอายุ ร่วมกับกษัยอันตรายต่าง ๆ การปรับตัวนี้จะไม่ได้ผลทำให้เกิดอาการทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิก อาการเริ่มแรกจะมีความจำเสื่อม มักเสียความจำในเหตุการณ์ใหม่ ๆ การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลลดลง ไม่เข้าใจในความหมายของสิ่งกระตุ้นในแบบต่าง ๆ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมลดลง ไม่สามารถพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ มีคำพูดที่ไม่เหมาะสมและพูดไม่รู้เรื่อง มีอารมณ์โกรธง่าย มีอาการสับสนกระสับกระส่ายโดยเฉพาะเวลากลางคืนมีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และอาการทางด้านร่างกายพบว่า มีอาการอ่อนแรง ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและอาการแสดง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543 ; Hamdy, Turnbull, & Lancaster, 1994 ; Charlotte, 2001, pp. 324-325 ; Chou, Lynda & Joseph, 1999) มีดังนี้

1. ระดับอ่อน หรือ ระดับที่ไม่รุนแรง (mild)

ระยะเวลา 1-3 ปี จะมีอาการสูญเสียความทรงจำที่เห็นได้ชัดคือ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำ ๆ จนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า การใช้คำถามต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของ เริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) บางครั้งอาจต้องใช้คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง (paraphasia) แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ยังสามารถตัดสินใจได้ แต่ในเรื่องของการคิดเชิงซ้อนพบว่ามีความบกพร่อง เช่น การคิดบัญชี การซ่อมแซมบ้านด้วยอุปกรณ์

2. ระดับปานกลาง (moderate)

ระยะเวลา 2-10 ปี เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต จำเป็นที่จะต้องมีผู้ให้การดูแล ซึ่งพบว่า ความจำระยะนี้มีการเสื่อมเพิ่มมากขึ้น จำในสิ่งที่ทำเสร็จผ่านไปไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การวางของ การพูดจาซ้ำ ๆ และสั้น การพูดเป็นประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง ไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขลักษณะ เช่น การแปรงฟัน การหวีผม หรือการล้างหน้า การชำระการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันลำบากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ ระยะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะพบความผิดปกติทางจิตและอาการแสดงทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ซึ่งสรุปได้ ดังต่อไปนี้

2.1 อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) เป็นอาการที่พบได้มากถึงร้อยละ 85 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีเหตุเสริมจากการอ่อนเพลีย ได้รับการกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมาก

เกินไปไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดไป แสดงออกมาในรูปของความก้าวร้าว กระสับกระส่าย บ่นจู้จี้ทำซ้ำซากเดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น การถอนหายใจ ร้องครางและร้องไห้ เป็นต้น

2.2 ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น (sundown) เชื่อว่าเกี่ยวกับข้อบกพร่องที่ผู้ป่วยเหนื่อยมาทั้งวันและความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลงในช่วงเย็น อันเนื่องมาจากแสงสว่างในช่วงเย็นลดลง การมองเห็นเริ่มไม่ชัดเจนประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องของการได้ยินและการมองเห็นเดิมอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ผู้ป่วยจะแสดงอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น วุ่นวายบีบมือกันแน่น อาจเดินหลงออกจากนอกบ้าน ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการเปิดไฟและให้มีคนคอยอยู่ใกล้

2.3 เดินออกจากบ้านและหลงทาง (wandering) เชื่อว่าอาจเป็นผลจากความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกเร่าร้อนไม่ทราบว่าจะหาน้ำอยู่ที่ใด ต้องการหาใครบางคน การถูกเร่ามากเกินไป วิตกกังวล เบื่อหน่าย อาจเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้

2.4 หวกระแวง/ชวนของขโมยของ/พฤติกรรมก่อความรำคาญ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียความจำอย่างมากขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่มั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ชวนของตนเองหรือหยิบของคนอื่นมาชวน สะพายกระเป๋าซึ่งบรรจุของที่ชอบไว้มาก เช่น นำของไปชวนอีกที่หนึ่งกล่าวหาว่ามีคนในบ้านนำเงินที่ชวนไป รู้สึกโกรธ และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมที่ชวนทำให้เกิดความคับข้องใจ กลัว วิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่น พฤติกรรมทางเพศพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศในที่สาธารณะ ใช้คำพูดลามกทางเพศ

2.4 พฤติกรรมการติดผู้ดูแล (shadowing) เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วยจะมีกลัวและวิตกกังวลมาก จะถามคำถามซ้ำๆ หรือทำกิจกรรม/เคลื่อนไหวตลอดเวลาเนื่องจากเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจในเรื่องง่าย ๆ ได้เลย

2.6 อาการจิตประสาทหลอน (hallucination) ทางการมองเห็นและการได้ยิน ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดการมองเห็น เป็นลักษณะไม่ซับซ้อน เช่น การเห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลมาจากยา ไข้และการติดเชื้อ

2.7 อาการหลงผิด (delusion) เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิดไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท

2.8 พฤติกรรมต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน

2.9 พฤติกรรมการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและนอนน้อย สิ่งที่เป็นปัญหาของ

ผู้ดูแลคือ การที่ผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวายหรือทำสิ่งต่างๆซ้ำๆ

2.10 พฤติกรรมการกินผิดปกติ มักพบในระยะโรครุนแรงในลักษณะการรับประทานไม่หยุด ผู้ป่วยจะร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ (hyperorality) หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร

3. ระดับรุนแรงมาก (sever)

ระยะ 3-12 ปี เป็นระยะสุดท้ายของโรค จะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำๆ นอนซึม แขนขาเกร็งไม่เคลื่อนไหว ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลากระทั่งเสียชีวิต การเสียชีวิตมักมาจากสาเหตุ โรคปอดบวม จากการสำลักอาหารหรือเสมหะ หรือการติดเชื้อจากแผลกดทับ

การประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อม มีดังต่อไปนี้

1. The Neurobehavioral Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาเพียง 10-20 นาทีเท่านั้นสามารถวัดผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านสติปัญญาปัญหาทางจิต และปัญหาพฤติกรรมในกลุ่ม DAT และ MID มี 28 ข้อซึ่งพัฒนาโดยเลวินและคณะเป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ

2. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) เป็นเครื่องมือที่ง่ายในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน จำนวน 10 ข้อ หากคะแนนอยู่ระหว่าง 3-4 และ 5-7 ก็ให้สงสัยว่ามี mild-moderate dementia คะแนน 8-10 ให้สงสัยว่ามี severe dementia

3. The Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE) มี 30 ข้อคำถามใช้เวลา 15-30 นาที ถ้าพบคะแนนมากกว่า 20 คะแนน ให้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

4. Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) ใช้เวลาเพียง 5-20 นาที เป็นเครื่องมือที่ใช้ค่อนข้างยุ่งยาก ผู้ใช้ต้องได้รับฝึกฝนอบรมเป็นพิเศษก่อน

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ซึ่งเน้นถึง อาการสมองเสื่อมที่เป็นโรคทางกายและจะเน้นถึงอาการสมองเสื่อมที่มีพยาธิสภาพแบบกระจายกระจัดกระจาย อีกทั้งสามารถแยกอาการสมองเสื่อมออกจากภาวะสับสนได้ โดยการประเมินตามเกณฑ์คือ ผู้ป่วยต้องมีความบกพร่องความสามารถของสมองหลายส่วน ซึ่งจะต้องมีอาการความจำเสื่อมและมีอาการอื่นอย่างน้อย 1 อย่าง

6. Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินสภาพจิตและระบบประสาท (neuropsychiatric evaluation) ที่พัฒนาโดยโฟสไดน์และคณะในปี ค.ศ. 1975 ที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง

ได้บ่อย (Hamdy, Turnbull, & Lancaster, 1994) ซึ่ง MMSE เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้คัดกรองได้เป็นอย่างดี แต่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจตอบว่าไม่รู้ ทำให้แปลผลพลาดได้ รวมทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของอายุ และระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบประเมิน ส่วนผู้ที่มีการมองเห็นผิดปกติและปัญหาการได้ยินก็ไม่สามารถทำแบบประเมินได้เพราะคะแนนจะต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ก็ยังพบว่าเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมจะใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในชุมชนเพราะประเมินเหมาะสมจะใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในชุมชนเพราะประเมินง่าย ไม่ใช้เวลามากนักประมาณ 5-10 นาที ส่วนในโรงพยาบาลก็สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรคได้เป็นอย่างดี ในประเทศไทยมีการพัฒนาในรูปแบบของ TMMSE โดยนักวิจัยรวมทั้งของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขด้วยโดยนำมาแปลและแก้ไขให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2545) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการประเมินสมรรถภาพทางสมอง ได้แก่ การรับรู้ (6 คะแนน) การจดจำ (3 คะแนน) การใส่ใจ (5 คะแนน) การคำนวณ (3 คะแนน) ด้านภาษา (10 คะแนน) และการระลึกได้ (3 คะแนน) รวมเป็น 30 คะแนน ถ้าคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 23 คะแนน แสดงถึงการมีภาวะสมองเสื่อมนอกจากนี้ยังแบ่งคะแนนตามระดับความรุนแรง คือ 0-14 คะแนน มีความรุนแรงของโรครุนแรง 15-23 แสดงถึงมีระดับความรุนแรงปานกลาง (Rempusheski & Hurley, 2000, p. 29)

การรักษาโรคสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543 ; สุทธิชัย จิตตพันธ์กุล, 2542, หน้า 129) มีดังนี้

1. การรักษาโดยทั่วไป การรักษาตามอาการ เนื่องจากโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุจำเป็นที่จะต้องรักษาตามอาการ อาการที่สามารถควบคุมได้ด้วยยา ส่วนมากเป็นอาการทางจิตเวช เช่น อาการอะอะโวยวาย ไม่ยอมนอน เป็นต้น ยากลุ่มที่ใช้เช่น ยาต้านอาการโรคจิต ยาต้านอาการซึมเศร้า ยานอนหลับ มีความจำเป็นใช้ในบางครั้ง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วควรหยุดการใช้ยาเป็นครั้งเป็นคราว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น อาการสับสน ง่วงซึมหรือหกล้ม

2. การรักษาโรคทางกายอื่น ๆ ที่ร่วมด้วย ผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายหลายๆ อย่างร่วมกัน โดยโรคทางกายเหล่านี้ อาจส่งผลให้อาการทางสมองเลวลงได้ การรักษาโรคทางกายที่เกิดขึ้นจึงมีผลให้อาการทางสมองดีขึ้นตามไปด้วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายที่พบเช่น อาการสับสน ซึ่งลักษณะของกลุ่มอาการที่สำคัญของกลุ่มนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการเสียสมาธิ วุ่นวาย มีภาพหลอน การนอนผิดปกติ และการเคลื่อนไหวผิดปกติ

3. การป้องกันไม่ให้อาการเลวลง ได้แก่ การระมัดระวังในการใช้ยาต่าง ๆ เนื่องจากหลายชนิดที่ใช้บำบัดโรคทางกาย ในผู้สูงอายุอาจทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลงได้ ดังนั้นควรระมัดระวังในข้อบ่งชี้การใช้ยาและแนวทางการเพิ่มยา หยุดยาที่แน่นอน

4. การฟื้นฟูสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายอยู่เดิม การฟื้นฟูสุขภาพและการกายภาพบำบัด จะช่วยให้ส่วนที่เกิดจากความชราได้มาก และอาจช่วยให้ความพิการจากโรคสมองเสื่อมน้อยลง

5. การรักษาสาเหตุ และการปรับเปลี่ยนความผิดปกติที่เกิดขึ้นในโรคสมองเสื่อม

5.1 cholinergic therapy เป็นการรักษาที่มีการศึกษาวิจัยมากที่สุด เนื่องจากระบบ neurotransmitter นี้เกี่ยวข้องกับ โรคสมองเสื่อม ทั้งในพยาธิวิทยาและทางชีวเคมี ในปัจจุบันการใช้ acetylcholine esterase inhibitor โดยเฉพาะ acetylcholine esterase inhibitor : tacrine, donepezil, rivastigmine, metrifonate พบว่าได้ผลดีพอควรในโรคสมองเสื่อม

5.2 การรักษาอื่น ๆ เช่น การให้ antioxidant ในกลุ่มวิตามิน อี ขนาสูงอาจช่วยชลอการเกิดโรคสมองเสื่อม ส่วนการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน นั้นยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน

5.3 behavioral therapy และ family - directed therapy เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียาที่ได้ผลดีในการรักษาโรคสมองเสื่อม การใช้ Behavioral therapy จึงมีความจำเป็นโดยวิธีการนี้สามารถช่วยลดอาการที่เกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยา และสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเลวลง พฤติกรรมที่ผิดปกติอาจช่วยโดยการใช้ behavioral therapy ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยละเลย (behavioral deficit) เช่น ไม่เข้าสังคม ไม่ช่วยเหลือตนเอง และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำมากผิดปกติ (behavioral excess) เช่น ถามคำถามซ้ำๆกัน การทำ behavioral therapy สามารถทำได้ผลดีในระยะแรกที่สมองยังเสื่อมไม่มาก

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของผู้ดูแล

การดูแล (caregiving) หมายถึง ความช่วยเหลือที่ให้แก่มุคคลอื่น เพื่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต

ผู้ดูแลที่บ้าน (caregiver or family caregiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบคนแรก สำหรับการให้การดูแลผู้รับการดูแลที่บ้าน (รจา ภูไพบูลย์, 2540)

ประเภทของผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (รจา ภูไพบูลย์, 2540)

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นบางครั้งคราว เมื่อมีความจำเป็นหรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้านถึงร้อยละ 75 (Joan, 1999) สำหรับในประเทศไทยได้ทำการสำรวจผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุผลปรากฏว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เพศชายร้อยละ 20 โดยร้อยละ 58 เป็นสามีหรือภรรยา และร้อยละ 45 เป็นบุตรหลาน ดังจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกภายในครอบครัวซึ่งก็หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลัก

การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ดังเช่น ภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคหนึ่งเมื่ออาการของโรคมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในระดับความรุนแรง ที่ 2-3 ความต้องการการได้รับความช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การพักผ่อนนอนหลับ การติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป้าหมายหลักของการดูแลคือ การคงสภาพความจำของสมองของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดและคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น มีดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2545)

1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในผู้ป่วยที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในบางเรื่อง ควรได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุดเพื่อรักษาความมีคุณค่าของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและแนะนำผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบเดิม พุดซ้ำ ๆ ใช้คำพูดง่าย ๆ พุดซ้ำ ให้เวลาผู้ป่วยที่จะทำตาม ผู้ดูแลพยายามควบคุมอารมณ์ให้สงบ ช่วยเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำไม่ได้ และให้คำชมเชยเมื่อทำสำเร็จ โดย ต้องมีการปรับดัดตัวอย่างปัญหาต่อไปนี้ คือ

1.1 การรับประทานอาหารลำบากและมากผิดปกติ ปัญหาของการรับประทานอาหารลำบากอาจนำมาสู่ภาวะขาดสารอาหารได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย คุณลักษณะของปากและฟัน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวย เพื่อให้ผู้ป่วยได้สนใจกับการรับประทานอาหาร ใช้ภาชนะอาหารที่ไม่แตก ภาชนะแต่ละชนิดแยกสีชัดเจน อาหารควรเป็นอาหารเหลวหรือคั้นอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ใส่ชามรวมกัน หรือเสิร์ฟอาหารทีละอย่าง (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง) เลือกอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ชนิดที่ผู้ป่วยชอบ อาหารไม่ควรร้อนจัด เย็นให้เคี้ยวและกลืน (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง) จัดให้รับประทานอาหารในสถานที่เดิมและเวลาที่แน่นอน อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยยังไม่อยากรับประทานอาหาร ควรนำไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ก่อนไม่ดำเนินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ควรเพิ่มอาหารว่าง ถ้าได้รับอาหารในแต่ละมื้อไม่เพียงพอ

1.2 การดูแลทำความสะอาดทางร่างกาย จัดให้อาบน้ำตรงตามเวลาทุกวัน แนะนำการดูแลทำความสะอาดร่างกายด้วยวิธีการที่เหมาะสม เลือกใช้สบู่อ่อนไม่ระคายเคืองผิวหนัง จัดหาเครื่องนุ่งห่มที่สวมใส่ง่าย จัดสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัย ปิดประตูห้องน้ำหรือเปิดประตูห้องน้ำไว้ จัดตารางสำหรับการขับถ่าย เช่น เตือนหรือพาไปห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือพยายามสังเกตเวลาขับถ่ายของผู้ป่วย และพาไปห้องน้ำตามเวลานั้น นุ่งห่มเสื้อผ้า เลี่ยงอาหารที่มีผลขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนนอน

1.3 การพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้ป่วยมีทั้งนอนมากและไม่นอน สิ่งที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลคือผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืน และเดินวุ่นวาย หรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ ควรให้มีแสงไฟสว่างอย่างเพียงพอ ควรเปิดไฟก่อนมีดและเปิดไฟขณะนอน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย การให้การดูแลควรคงสภาพสมดุลของผู้ป่วยระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคม และการสื่อสาร ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วยมีกำหนดเวลาแน่นอน ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและมั่นคงปลอดภัย กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การทำงานฝีมือ เช่น ถัก เย็บ ปั่น งานไม้ การทำงานศิลปะ เช่น วาดภาพ คุ้โทรทัศน์ ต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจะได้ข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งบันเทิงใจให้ได้พูดคุยเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ เดินเล่น การออกกำลังกาย การเล่นเกมส์ เลือกเกมส์ที่ง่าย ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย ให้ความเพลิดเพลิน อาจเป็นเกมส์ของเด็ก ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน ไม่คาดหวังผลสำเร็จ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจ และไม่แสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ดูแลกำลังเห็นว่าเขาทำตัวเป็นเด็กจนรู้สึกเสียศักดิ์ศรี การเล่นเกมหรือฟังดนตรี เดินรำ ร้องเพลง การช่วยให้เกิดอารมณ์ขันโดยสื่อต่าง ๆ การพาออกนอกสถานที่ เช่น เดินเล่น ง่ายของ เทียวสวนสาธารณะ ผู้ดูแลต้องเลือกสถานที่ที่ไม่วุ่นวาย บรรยากาศสบายควรเป็นที่ที่เคยไปและต้องมั่นใจว่าจะควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ต้องระวังการพลัดหลงเป็นพิเศษ ควรมีบัตรประจำตัวผู้ป่วยระบุโรค

หรือปัญหาของผู้ป่วยและสถานที่ติดต่อส่งไว้ในตัวผู้ป่วย ให้สวดมนต์หรือร้องเพลงเกี่ยวกับศาสนา ในผู้ป่วยที่ศรัทธาในทางศาสนา

2. การป้องกันอุบัติเหตุ อาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้แก่ อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) เดินออกจากบ้านและหลงทาง (wandering) อาการจิตประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิด (delusion) และความจำเสื่อม การให้การช่วยเหลือดูแล ควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้ป่วย (safe and secure environment) โดยเก็บของที่เป็นอันตรายใส่กุญแจหรือไว้บนที่สูงที่ผู้ป่วยหยิบไม่ได้ เครื่องแต่งบ้านต้องเรียบง่าย น้อยชิ้น และไม่ยั่วยุที่ใช้สติสโตชัดเจน ในส่วนของพื้น ประตู ที่นั่งจับถ้ำยส่วนที่เป็นทางเดิน ติดแถบสีเรืองแสง ไม่มีของกีดขวาง มีราวเกาะตามทางเดิน พื้นไม่ลื่นและไม่มันวาว แขนวกระดิ่งไว้หน้าประตู ประตูห้องต่าง ๆ มีภาพแสดงลักษณะห้อง เช่น ห้องอาหาร ห้องนำห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป ประตูหน้าบ้านต้องปิดสนิท ดินนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ มีปฏิทินแสดงวัน วันที่ เดือน ปี และสิ่งนัดหมาย จดบันทึกเดือนความจำในสิ่งที่มักจะลืมในบริเวณที่จะมองเห็นได้ชัดเจน เขียนรายละเอียดของวิธีการใช้ สำหรับของใช้ประจำ มีกระดานแสดงตารางกิจกรรมประจำวัน เขียนเตือนข้อระวังต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัย เขียนบอกวิธีการที่จะค้นหาสิ่งสำคัญต่าง ๆ

3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.1 การป้องกันปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุมาจากการสำลักอาหารหรือจากการที่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลควรจัดอาหารที่ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดเสื้อผ้าที่สร้างความอบอุ่นให้แก่ร่างกาย

3.2 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุจากการที่ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องหมั่นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้กับผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายเป็นเวลา และในรายที่ปัสสาวะไม่ออกควรไปพบแพทย์

3.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการได้รับยานอนหลับในขนาดสูงจนทำให้เกิดการระงับของยา เกิดผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยจะง่วงซึมตลอดเวลาเกิดการกดทับบริเวณผิวหนังกลายเป็นแผลตามมาได้

4. การคงไว้ซึ่งความจำ ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (reality orientation) ให้มากที่สุด ฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารหรือยัง รู้สภาพอากาศ อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงอดีตเพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมครั้งสุดท้ายโดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

4.1 ตีคณาพิภาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน

4.2 ตีคปฏิบัติทึนแสดง วัน เดือน ปี ตีคกระดานแสดง : วัน วันที่ เดือน ปี : ลักษณะ

อากาศ : กิจกรรมนันทนาการ

4.3 หน้าห้อง ให้เขียนชื่อผู้ป่วยด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่พร้อมตีครูปผู้ป่วยด้วย แขนง ป้ายชื่อบุตร คนในครอบครัว ในห้องผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นความจำ มีแฟ้มแสดงรูปพร้อมชื่อของญาติ เพื่อน หรือสถานที่ผู้ป่วยสนใจ นำมาพูดคุยกับผู้ป่วย มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย ระบุโรค ชื่อ ที่อยู่ และ โทรศัพท์ของผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องประสบการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยสนใจ การดำเนิน ชีวิตประจำวัน การใช้เงิน สภาพคินฟ้าอากาศ เป็นต้น

4.4 นำเพลงในอดีตมาเปิดให้ฟังหรือชวนร้องเพลงเก่าๆ อ่านหนังสือที่ผู้ป่วยสนใจ ฟัง

4. การส่งเสริมทางด้านจิตสังคม ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะปรับตัวต่อสิ่งใหม่ๆยาก จะกลัว เก็บกด ไม่มั่นใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงต้องจัดสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคมให้มีการผ่อนคลาย และปรับเปลี่ยนตลอดเวลา (flexibility & adaptability) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลาย โดยผู้ดูแล จำเป็นต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยเข้าใจว่าผู้ป่วยยังมีความเป็นตัวเอง ซึ่งส่วนนี้ขึ้นกับระยะของโรค บางครั้งผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้ โดยผู้ดูแลต้องบอกข้อมูลหรือทางเลือก วิธีการที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีความปลอดภัย และไม่ต้องปรับตัวเองมาก สามารถกระทำโดย

5.1 การดูแลโทรทัศน์ อาจต้องเลือกรายการที่ไม่ร้าความรู้สึกมากเกินไป ให้ฟังเพลง เบา ๆ สบาย ๆ

5.2 เบี่ยงเบนความสนใจ ขณะเกิดพฤติกรรมผิดปกติ สังเกตพฤติกรรมที่เป็น เหตุนำ ให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ และหาวิธีช่วยเหลือป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ

5.3 ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย ลดสภาพ ความขัดแย้ง พยายามไม่ให้เกิดการทะเลาะวิวาท หลีกเลียงการผูกมัด (restraint)

5.4 มีตารางกิจกรรมประจำในช่วงเช้า ถ้าจะเปลี่ยนควรแจ้งล่วงหน้า มีผู้ดูแลประจำ โดยเฉพาะในช่วงเวลาเย็นไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมซ้ำๆ ไม่เร่งรีบและควร ชมเชยบ้าง เก็บสิ่งของที่สำคัญให้มีชีวิตไม่ให้ผู้ป่วยหิบบเองได้

โดยสรุปจะเห็นว่า กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกวาะสมองเสื่อมก่อนข้างยุ่งยากและต้อง ให้เวลากับผู้สูงอายุก่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ที่จะเป็นผู้ดูแลนั้นจะต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยอย่างมาก ไม่มีภาระ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยในเรื่องนิสัยและสิ่งทีชอบ ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (รัชฎา รักษานาม, 2543) ซึ่งเป็นสิ่งที สำคัญยิ่ง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. อาการและระดับความรุนแรงของโรค

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งในด้านสติปัญญา ความรู้ความเข้าใจ การแปลความหมาย และทักษะในการติดต่อสื่อสาร รวมไปถึงความสามารถทางด้านร่างกาย ลดลงและการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543 ; Fung & Chien, 2002) โดยจะพบว่า เมื่อระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบปัญหาในเรื่อง การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องทำงานหนักในการให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งในบางรายจะพบว่า มีปัญหาทางด้านกระดูและข้อเสื่อมร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลมากขึ้นก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา นอกจากนี้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพื่อบ่งบอกถึงความต้องการของตนเองได้ เช่น ในกรณีเจ็บปวด และรู้สึกหิว รวมถึงการแปลความหมายผิดหรือไม่เข้าใจในสิ่งที่พูดหรือที่เห็น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล ไม่พึงพอใจ และโกรธจึงแสดงความโกรธออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น พุดจาหยาบคาย การตีบ เตะ กัดหรือทุบตีต่อผู้ดูแล (Kolanowski & Garr, 1999, p. 278) อาการวุ่นวายสับสน และอาการหลงทางเป็นต้น สิ่งนี้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความยากยิ่งในการให้การดูแล ซึ่งจากการศึกษาของศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2543) เกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทยพบว่า ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลมากที่สุด นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อให้เกิดภาระในการดูแลถึงร้อยละ 50 (Biege , 1994 cited in Chou, Lynda & Joseph, 1999) โดยส่วนใหญ่มาจากสาเหตุพฤติกรรมก้าวร้าว (Joan, 1999) ซึ่งผลที่ตามมาอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีความจำเป็นที่จะต้องผูกมัดผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งละเลยในการดูแล รวมถึงการใช้ยาเพื่อลดพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งการดูแลที่ดื้อนั้นควรหลีกเลี่ยงวิธีการดังกล่าวเพราะเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Rydin, 1998 cited in Talerio, Evans & Strumpf, 2002)

2. ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เนื้อสมองนั้นฝ่อถีบลง ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นมีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง (ADL) รวมถึง ปัญหาด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่

แสดงออก จึงมีผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงต้องเพิ่มเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 14 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใช้เวลาในการดูแลทั้งหมด 15 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ซึ่งถือว่าเป็นการใช้เวลาในการดูแลที่มาก หรือบางรายพบว่าใช้เวลาในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง อันเนื่องมาจากในช่วงเวลาเย็น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายมักจะมีอาการสับสนวุ่นวายโดยมีอาการเดินหลงออกนอกบ้านหรืออาจพบว่าผู้สูงอายุมักตื่นกลางดึกและเดินไปเดินมา จึงทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมจะมีระยะเวลาการดำเนินของโรคค่อนข้างยาวนานคือ 8-10 ปีจนกระทั่งเสียชีวิต (Rempusheski & Hurley, 2000) จึงทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในการดูแลซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนักและเกินกำลังความสามารถระยะยาว (work overload) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อความรู้สึกมีภาระที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chappell & Reid, 2002)

3. กิจกรรมการดูแลและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ปริมาณกิจกรรมในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงนั้นนอกจากจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลแล้วผู้ดูแล บางรายยังต้องรับบทบาทแม่ของลูกและบทบาทภรรยาไปพร้อมๆ กันจึงทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งงานบ้านและงานการดูแล ซึ่งงานเหล่านี้เป็นงานที่หนัก (Smith, 1995 cited in Chou, Lynda & Joseph, 1999) ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ในแต่ละบทบาทได้ไม่ดีเท่าที่ควร

4. วัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอด

โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่พบเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 75 โดยเป็นบุตรสาวร้อยละ 29 และภรรยาร้อยละ 23 (Subgranon, 1999) ซึ่งเหตุผลของการมารับบทบาทของผู้ดูแล คือหน้าที่และความคาดหวังจากสังคม ซึ่งพบถึงร้อยละ 52.2 เนื่องจากวัฒนธรรมและประเพณีของไทยเรานั้น เพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่อ่อนโยน นุ่มนวล จึงได้รับการอบรมปลูกฝังให้เป็นบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัว รวมถึงการสั่งสอนให้บุตรตอบแทนบุญคุณบิดามารดาโดยการให้การดูแลท่านในยามแก่ชราหรือเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งแสดงถึงความกตัญญูกตเวทิต์แต่ถ้าหากบุคคลนั้นเพิกเฉยหรือละเลยก็จะได้รับการตำหนิจากสังคม จึงส่งผลให้เกิดความกดดันภายในจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุขณะให้การดูแลได้

5. ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

ในสังคมพุทธศาสนามีความเชื่อที่ว่าลูกหลานถูกคาดหวังให้ดูแลพ่อแม่ในยามแก่ชรา สังคมรอบข้างก็มองว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องความรับผิดชอบของครอบครัว ทำให้ไม่ได้รับความสนใจ ขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลในชุมชนจากภาครัฐ โดยพบว่าผู้ดูแลยังขาดข้อมูลในเรื่องโรคสมองเสื่อมและการดูแลรักษา (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545) จึงทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลรับภาระหนักในการดูแล อีกทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลตามมา

6. สถานะทางเศรษฐกิจ

ภาวะสมองเสื่อมเมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลนั้นจะค่อยๆสูญเสียความสามารถทั้งความจำและบุคลิกภาพจนในที่สุดไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เป็นภาระกับครอบครัวสาเหตุเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมก่อนข้างสูญเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เช่น ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาชะลอการเสื่อมของสมอง ค่าจ้างคนที่มาช่วยดูแลและเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้นค่าใช้จ่ายอื่นๆจะต้องเพิ่มตามมา โดยพบว่าญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ประมาณ 20,000 ถึง 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงแต่สำหรับในกรณีที่ครอบครัวนั้นฐานะยากจนก็อาจส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลดลงได้

ผลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. ทางด้านร่างกาย

ผลจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลาต่อวันเพื่อให้การดูแลค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม และเกิดการเจ็บป่วยตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ดูแลนั้นมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจะเป็นการส่งเสริมให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพไม่ดี และมีการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการอย่างมาก (Thomas, 2002) ซึ่งอีกสาเหตุหนึ่งอาจมาจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดจากการดูแลส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมาได้เช่นกัน (Toseland, 2001)

2. ทางด้านจิตใจ

ผลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล คือ เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อบุคคลที่และเกิดความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางลบด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมากจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ขอมรับว่าตนเองเบื่อง่ายและไม่อยากให้การดูแลต่อไป เพราะไม่สามารถขอมรับกับพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยได้ แต่เนื่องจากเกรงคำครหาในทางจาก