



บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ

Nurses' roles in families promoting to slow progressive with early stage dementia syndrome in an older adult

ชัชวาล วงศ์สารี

กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร 10300

Chutchavarn Wongsaree

Division of Adult and Gerontological Nursing, Collage of Nursing and Health,
Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok 10300

Received: 14 August 2018/ Revised: 19 October 2018/ Accepted: 29 October 2018

บทคัดย่อ

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจะนำมาสู่ผลกระทบต่อด้านลบ อาทิ ต้องใช้เงินจำนวนมากหาศาลในการดูแลรักษา การขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรในการดูแล การขาดความชำนาญในการดูแล สถานที่ในการดูแลไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยเตรียมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดจากภาวะสมองเสื่อมยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ในปัจจุบันวิธีที่ดีที่สุดคือ การมุ่งเน้นการชะลอภาวะสมองเสื่อม เนื้อหาบทความนี้ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นโดยเน้นแนวคิดหลักการดูแลรักษา แนวคิดการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยมีเนื้อหาสำคัญ อาทิ การประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นร่วมกับครอบครัวโดยการใช้เทคนิคโค้ชชิ่ง ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ เทรนนิ่ง ไกด์ดิง การให้คำปรึกษา และการจัดโครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมให้การส่งเสริมครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการประเมินผลการส่งเสริมครอบครัวที่เป็นผลลัพธ์การพยาบาล

คำสำคัญ: การใช้เทคนิคโค้ชชิ่ง การส่งเสริมครอบครัว การชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น การพยาบาลผู้สูงอายุ



Abstract

The increasing incidence rate continues of the dementia syndrome in older adult in Thailand. The dementia syndrome will have a negative impact such as it takes a lot of money to maintain, shortage of staffing rates, lack of expertise in care, inadequate care facilities. It is expected that Thailand is prepared to deal with the problem of dementia does not cover all issues. Current, the best practice is focus on slowing progressive with dementia syndrome. The article content consists of following; first, older adult with early stage dementia: concepts and principles care. Second, older adult care concept with early stage dementia focused on family centered. Finally, nurses' roles in families promoting to care for an older adult with early stage dementia; assess the readiness of families and the older adult, older adult with early stage dementia care planning with family, use of coaching technique 4 components; training, guiding, counseling and development of caregivers for the elderly with dementia in the community use the family is center. The nurses support their family and evaluation of family support outcomes in nursing practice.

Keywords: Coaching in nursing care, Family promoting, Slow progressive with early stage dementia, Gerontological nursing

บทนำ

แนวความคิดดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นอีกกลวิธีหนึ่งทางด้านการพยาบาลที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก เนื่องจากในระยะนี้หากได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเข้าใจ สร้างกิจกรรมส่งเสริมการชะลอภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการกระตุ้นให้เซลล์สมองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ [1] เนื่องจากความละเอียดของกิจกรรม รวมทั้งเนื้อหาความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ให้กับผู้สูงอายุ โดยตามหลักวิชาการได้อธิบายว่า การชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต้องฝึกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกวันหรือมีคนคอยชักนำ กระตุ้นให้ฝึกคิด และมีลักษณะของโปรแกรมที่แน่นอน ดังนั้นคนในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะเป็นผู้ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามการชะลอสมองเสื่อม เพราะเป็นผู้ใกล้ชิดและอยู่กับผู้สูงอายุทุกวัน ดังนั้นหลักแนวความคิดการพยาบาลที่มุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นจึงมีความเหมาะสมต่อการนำมาประยุกต์ใช้ เพราะ

ครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด [2] การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนอกจากจะก่อให้เกิดความไว้วางใจที่ดีกับผู้สูงอายุแล้ว คนในครอบครัวจะเป็นผู้ส่งเสริมกำลังใจที่ดีที่สุดอันก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากจะทำกิจกรรม มั่นใจในความปลอดภัย รู้สึกอุ่นใจกับความรักของครอบครัว ส่งเสริมการมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือที่ดี อันนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการชะลอภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม กิจกรรมสำหรับชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากคนในครอบครัวจะเอาใจใส่และร่วมดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุในการชะลอภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องแล้ว การเลือกใช้กิจกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะมีผลอย่างมากกับประสิทธิภาพการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่จะเกิดขึ้น จากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์ที่นำแนวความคิดดูแลผู้สูงอายุที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้ดูแลป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนั้นพบว่า เกิดประสิทธิภาพสูงในทางปฏิบัติทั้งต่อระบบการพยาบาลและระบบครอบครัว และจาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมส่งเสริมการชะลอภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ นั้น ควรเป็นกิจกรรมที่ผ่านการศึกษาวินิจฉัยหรือมีการทดลองใช้แล้ว และได้ประสิทธิผลจริง ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่สามารถจัดโปรแกรมชะลอสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมุ่งเสนอบทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น: แนวคิดหลักการดูแลรักษา

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยความชุกของปัญหาจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภาวะสมองเสื่อมจะพบความชุกเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น ปี ค.ศ. 2005 ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดคะเนจากสถิติไว้ว่า จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกจะทำให้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ 20 ปี จากการสำรวจครั้งแรกในปี ค.ศ. 2001 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกที่สำรวจพบจำนวน 21 ล้านคน คาดคะเนว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคน และ 81 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 และปี ค.ศ. 2040 ตามลำดับ [3] ซึ่งผลการคาดคะเนดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเป็นจริง โดยข้อมูลจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคน [4] และจากการสำรวจข้อมูลใน 10 ปี ที่ผ่านมาพบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุดในประเทศจีนและเอเชียใต้ [5] แต่ข้อมูลในปัจจุบันพบว่าประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดในทวีปเอเชีย โดยมีจำนวนมากถึง 3,450,000 คน [4, 6] ทั้งนี้ข้อมูลด้านอุบัติการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่พบมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มดำเนินการ

รักษาผู้ป่วยเหล่านั้น รวมทั้งมีนโยบายในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงพบความชุกสูงสุดในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 คน และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 450,200 คน เป็นจำนวนขั้นต่ำในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ใน พ.ศ. 2593 [7] และจากรายงานสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000 คน [8] ซึ่งสอดคล้องกับชัชวาล [9] ที่คาดคะเนว่าจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยทั้งกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนและกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาในปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 500,000 คน โดยร้อยละ 60 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งสาเหตุเกิดจากสมองโดยตรง อุบัติการณ์พบสูงขึ้นตามอายุและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย [1] ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และต้องการการดูแลระยะยาว อันส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติผู้ให้การดูแล และระบบบริการสุขภาพ [10] ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านความรู้ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) และสิ่งที่ยากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยร้อยละ 61-92 จะมีอาการก้าวร้าว มีพฤติกรรมการแสดงออกที่รุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้าน อาการซึมเศร้า หลงลืม ขอบทะเลาะกับผู้ให้การดูแล และมีปัญหาการนอน [9] ทั้งนี้แนวคิดหลักการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ประกอบด้วย

1. การแบ่งระดับความรุนแรงและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พบภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านความรู้ปัญญาและทางด้านสติปัญญา ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติทางการรับรู้ ความจำจินตนาการ การคิดการใช้เหตุผล การคิดคำนวณ



การตัดสินใจ และการใช้ภาษา เมื่อมีอาการมากขึ้นจะพบ บุคลิกภาพและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยไม่เกี่ยวข้องกับโรค ซึมเศร้าและไม่มีอาการของโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจฉัย [1, 4, 11] กล่าวโดยสรุปภาวะสมองเสื่อม **ระยะเริ่มต้น** เป็นการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (mild cognitive impairment) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วไป แม้ว่าจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้านแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตทำ หน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ **ระยะปานกลาง** เริ่มมี ปัญหาในการเรียนรู้และการจดจำสิ่งแปลกใหม่ สถานที่ หรือ บุคคลใหม่ ๆ ไม่ได้ ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัวและรับรู้ เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสีย สับสน วัน เวลา สถานที่ ตลอดจนเรื่องสำคัญของชีวิต **ระยะสุดท้าย** ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถ จำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ และ ในที่สุดคือ ไม่รับรู้ตนเอง ไม่รับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ จะไม่ทราบว่าตนเองมีการสูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมหรืออาการวิหยาของ ภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับพื้นฐานทาง สุขภาพตามปัจเจกบุคคล

ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินของโรคเร็วกว่าปกติ กลุ่ม โรคที่ส่งเสริมให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว มักเกิดจากสาเหตุ ที่มีตัวอักษรย่อว่า “VITAMINS” [11] ได้แก่ สาเหตุที่เกิดจาก หลอดเลือด (vascular) การติดเชื้อ (infectious) สารพิษ และเมตาบอลิกที่ผิดปกติ (toxic and metabolic) ภูมิแพ้ ตนเอง (autoimmune) เนื้องอกชนิดร้าย (neoplasma/ metastasis) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenic) เช่น ยาต่าง ๆ ที่ใช้รักษาแล้วมีผลต่อสมอง เป็นต้น การเสื่อมของเซลล์ประสาท (neurodegenerative) และโรคตามระบบ (systemic) เช่น โรคเรื้อรังทาง อายุรศาสตร์ เป็นต้น

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม [11] จากการศึกษาการใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เดิมใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV ซึ่งเป็นคู่มือการวินิจฉัยและ สถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต พบว่ามีความเหมาะสมกับ

การใช้วินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์มากกว่าภาวะสมองเสื่อมจาก สาเหตุอื่น และมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ สมาคมจิตเวช แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association) จึงได้ ทบทวนและกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่ จำเพาะมากขึ้นในการปรับปรุงใหม่เป็น DSM-5 (ซึ่งเกณฑ์ ใหม่ให้ใช้ตัวเลขอารบิกแทนโรมัน) และใช้คำว่า ความผิดปกติ เด่นทางจิตประสาท (major neurocognitive disorders) และให้คำนิยามของภาวะสมองเสื่อมดังนี้ (1) มีหลักฐานของ การรู้คิดเสื่อม (cognitive decline) ที่มากพอไปจากระดับ เดิมอย่างน้อย 1 ด้านของการรู้คิด และมีการลดลงของความ สามารถในประสาทการรู้คิด (neurocognitive performance) อย่างน้อย 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ประมาณต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3: 3th percentile) (2) การรู้คิดบกพร่องมากพอจนมีผลกระทบต่อตนเอง เช่น ต้องมีอุปกรณ์หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน (3) การรู้คิดบกพร่องที่ไม่ได้เกิดจากภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน (delirium) และ (4) การรู้คิดบกพร่องที่ไม่ ได้เกิดจากโรคทางจิตเวช

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมที่แก้ไขและสามารถป้องกันได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ร้อยละ 5-10 เกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงมาก ขึ้น โดยมีตัวอักษรย่อที่จำได้ง่าย คือ “DEMENTIA” [11] โดย อธิบายพอสังเขป ดังนี้ D: Drug toxicity โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่มที่ใช้รักษาทางจิตประสาท เช่น ยานอนหลับและยากลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดความ สับสน E: Emotional disorders ได้แก่ โรคซึมเศร้า M: Metabolic and endocrine ที่สำคัญคือ ภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดท้องผูก นอนมาก ทำอะไรช้าลง E: Eye and ear disorder ทำให้ขาดการกระตุ้นจากระบบประสาท N: (1) Nutrition ส่วนมากที่เป็นสาเหตุคือ ขาดวิตามิน บี 1 บี 6 และบี 12 และขาดกรดโฟลิก (2) Normal pressure hydrocephalus ภาวะน้ำเกินในโพรงสมองก่อให้เกิดการ เดินที่ผิดปกติ เช่น เดินขอยเท้า ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่พ้นพื้น ในขั้นรุนแรงผู้ป่วยจะเดินไม่ได้ และมีความจำลดลง ในที่สุด

จะเกิดสมองเสื่อม T: Tumors and trauma โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดออกแบบเรื้อรังในช่องแครงกนอยด์และเนื้องอกที่สมอง I: Infection เป็นการติดเชื้อที่ขึ้นสู่สมองหลังได้รับการรักษา แล้วระดับการทำงานของสมองมักไม่กลับคืนมา A: Arteriosclerosis and alcohol หลอดเลือดที่แข็งตัวก่อให้เกิดการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดสมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ เช่น (1) ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (alcoholic dementia) ซึ่งเป็นผลจากการติดสุรา และมีการดื่มสุรายาวนานจนทำให้สมองเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงาน (2) กลุ่มอาการเวอร์นิค-คอร์ซาคอฟ (Wernicke-Korsakoff syndrome) พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป แต่จะพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและติดสุราเรื้อรัง แบ่งออกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการเวอร์นิค (Wernicke syndrome) ประกอบด้วยอาการ 3 อาการ ได้แก่ อาการเพ้อหรือสับสน (delirium) การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ (ophthalmoplegia) ซึ่งจะเป็นอาการที่สามารถตรวจพบได้เร็วกว่าอาการอื่นและอาการสุดท้ายคือ ภาวะเสียการทรงตัว (ataxia) และกลุ่มอาการซาคอฟ (Korsakoff syndrome หรือ Korsakoff's psychosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังกลุ่มอาการเวอร์นิค กล่าวคือ เมื่อกลุ่มอาการเวอร์นิคเริ่มดีขึ้นจนพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องความจำและมีปัญหาการหลงลืมจากความจำเสื่อม (confabulation) เป็นอาการเด่น นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยยังพบว่า การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย (พูดน้อยและคิดน้อย) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 [12]

ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากเหตุใดก็ตาม เมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะเริ่มส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น และต้องใช้งเงินรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นสังคมรอบข้างควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

4. แนวทางการบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อม วิธีบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ผลดีในปัจจุบันต้องรักษาควบคู่กันระหว่างวิธีไม่ใช้ยาและวิธีที่ใช้ยาในการบำบัด [13] ดังนี้

4.1 การบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยา วิธีนี้เน้นการใช้กิจกรรมบำบัด แบ่งตามวัตถุประสงค์การบำบัดได้ 4 วิธี ได้แก่ (1) เพื่อให้รู้ความเป็นปัจจุบันของวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน กิจกรรมที่สอดคล้อง ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การเล่ารายการทีวีหรือละคร ฝึกจำหน้าคน ฝึกทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย และฝึกแต่งตัวด้วยตนเอง เป็นต้น (2) เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ให้เกิดความจำดีขึ้น เน้นปฏิบัติกิจกรรมที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ เช่น ดูรูปภาพที่ถ่ายตามสถานที่ต่าง ๆ และภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอดีต เป็นต้น (3) เพื่อปรับอารมณ์และความคิดด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นเกมจากคอมพิวเตอร์ เกมไพ่ เกมกระดาน ทำงานฝีมือ งานศิลปะ และฟังดนตรี รวมทั้งให้เขียนบันทึกการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เป็นต้น (4) เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมที่หายไป ลดการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมที่หายไป เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนเอะอะ โวยวาย ปัสสาวะรด เน้นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย มีแรงจูงใจให้กระทำ อาทิ ให้รางวัลเล็กน้อยแก่ผู้สูงอายุเมื่อเข้าห้องน้ำ ถ่ายอุจจาระและทำความสะอาดเองได้เรียบร้อย เป็นต้น

4.2 การรักษาด้วยยา จะมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน โดยเลือกใช้ตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยาที่ได้รับคานิยมแพร่หลายได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของหลายประเทศ [13, 14] ได้แก่ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors และ NMDA receptor antagonist ยาเหล่านี้สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง มีผลระดับประคองความจำ การรู้คิด และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ให้ผลการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ให้ผลการรักษาที่ดีกับผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก อย่างไรก็ตามก็ตีจากผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ สามารถตอบสนองต่อยาได้ ขณะเดียวกันยาเหล่านี้ยังมีผลข้างเคียงที่รุนแรงโดยเฉพาะภาวะเบื่ออาหารที่เกิดต่อเนื่องจนก่อเกิดภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากเมื่อเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากราคาค่อนข้างแพง



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และตรวจพบความบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย อาทิ พบความผิดปกติของการคิด การสั่งการ การคิดคำนวณ การจดจำ โดยความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้าน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตทำหน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ ลักษณะเด่นของพฤติกรรมในระยะนี้ได้แก่ หลงลืมบ่อย ลืมสิ่งของไว้ในที่ที่ไม่ควรจะลืม เช่น ลืมลูกกุญแจรถไว้ในตู้เย็น เป็นต้น [1, 9] ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมแบบที่ตัวผู้สูงอายุเองไม่รู้ตัว สมาชิกในครอบครัวจะเริ่มสังเกตเห็นอาการหลงลืมดังกล่าว ซึ่งจำนวนการเกิดจะถี่มากขึ้น พร้อมจะแสดงอารมณ์ที่เริ่มหงุดหงิดง่าย หากค้นหาอาการได้เร็ว และได้รับการดูแลส่งเสริมการชะลอการเสื่อมของสมองให้นานที่สุด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็จะมีความใช้ชีวิตที่ดีต่อเนื่องยาวนานจนกว่าสมองจะเสื่อมมากขึ้น ส่วนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family centered care for dementia syndrome in older adult) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวคิดที่เน้นครอบครัวโดยใช้บุคคลที่มีความสำคัญในครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ได้ผลดีกับการดูแลผู้สูงอายุในทวีปยุโรปที่มุ่งเน้นให้คนในครอบครัวดูแลกันเอง และรัฐบาลสนับสนุนให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในชุมชนด้วยกระบวนการกลุ่ม [15] ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจและความเอาใจใส่จากครอบครัว เกิดคุณค่าซึ่งกันและกัน ซึ่งแนวคิดนี้ตรงกับหลักการของประเทศไทยที่ต้องการให้คนในครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น [9] ในวัฒนธรรมสุขภาพของประเทศไทยซึ่งถือว่าครอบครัวคือบุคคลสำคัญ [2] กล่าวคือ ครอบครัวจะช่วยจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุ กล่าวโดยสรุปกระบวนการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ทั้งนี้เพราะครอบครัวเป็นบุคคลที่คุ้นเคย สนิทใกล้ชิด รวมทั้งมีความผูกพันทาง

สายเลือด หรือผูกพันฉันญาติสนิทกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างเสริมวิธีการและความรู้สู่ครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้อง ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพต้องยึดและปฏิบัติต่อครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวทางการยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง [1, 2, 16, 19] มีดังนี้

1) การให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) คือ การเคารพในวิถีวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ โดยยึดคุณค่าของบุคคลเป็นที่ตั้ง พยาบาลทำหน้าที่เสริมความรู้ตามสิ่งที่ควรจะเป็นตามหลักวิชาเท่านั้น การวางแผนดูแลควรให้เป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นผู้วางแผน โดยพยาบาลมีส่วนร่วมแบ่งปันความรู้และการดูแลในแต่ละกิจกรรมให้กับครอบครัวได้เข้าใจเรียนรู้และฝึกทักษะก่อนให้การดูแล

2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) บุคลากรทางสุขภาพต้องมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเปิดเผย จริงใจ

3) การมีส่วนร่วมและการให้ความร่วมมือ (participation and collaboration) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้และผู้รับ มากกว่านั้นต้องติดตามเป้าหมายและเสริมสร้างสมรรถนะแก่ครอบครัว

4) การเจรจาต่อรองด้านสุขภาพ (negotiation) เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลที่สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างองค์รวมตามปัจเจกบุคคล โดยมีส่วนร่วมเจรจากับครอบครัวตั้งแต่การให้ข้อมูล การออกแบบการดูแล การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ และการตัดสินใจด้วยเหตุผลที่เห็นผลลัพธ์ที่คุ้มค่าในการเลือกวิถีปฏิบัติ การวางแผนการดูแลให้ยืดหยุ่นตามลักษณะครอบครัวแต่ยังคงมาตรฐานการดูแล มีจริยธรรม พร้อมยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

กระบวนการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้กับครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น มุ่งเน้นผลลัพธ์เหมือนกับพยาบาลลงมือปฏิบัติเอง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทเด่นในการใช้เทคนิคโค้ชซึ่ง (coaching) ซึ่งเป็นกระบวนการฝึกสอนรูปแบบหนึ่งที่มุ่งเน้น

ให้ผู้ถูกฝึกเกิดการพัฒนาดตนเองอย่างเป็นลำดับขั้น เพื่อให้ เกิดความรู้และทักษะตามเป้าหมายกับบุคคลในครอบครัว เพื่อดูแลผู้สูงอายุอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้องค์ประกอบเด่นของโค้ชซึ่ง 4 ประการ [17, 18] คือ (1) เทรนนิ่ง (training) คือ การสอนความรู้ เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลและวิธีซึ่งเป็นทักษะเฉพาะในการ ชะลอภาวะสมองเสื่อม (2) โกวด์ดิง (guiding) คือ การให้ คำชี้แนะเมื่อครอบครัวต้องการความรู้เฉพาะของวิชาชีพ เพื่อ ออกแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (3) การให้ คำปรึกษา (counseling) จำเป็นอย่างยิ่งเมื่อครอบครัวเกิด ความไม่มั่นใจหรือเจอเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย พยาบาลต้อง สื่อสารให้คำปรึกษาแบบเร่งด่วนซึ่งอาจจะผ่านโทรศัพท์ไลน์ (line) หรือวิดีโอคอล (video call) ให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการ ตัดสินใจในเลือกของครอบครัว เป็นต้น และ (4) การจัด โครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนโดยใช้ ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (personal center development) ที่กล่าวมาทั้งหมด คือ กระบวนการของพยาบาลที่จะใช้ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งเนื้อหาความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับ การดูแลระยะนี้ คือ เน้นชะลอการเสื่อมของสมอง

บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ แก่ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เป้าหมายสำคัญ คือ คะแนนของการเสื่อมของสมองต้องไม่ เพิ่มมากขึ้น หรือพฤติกรรมของภาวะสมองเสื่อมต้องไม่ รุนแรงมากขึ้น โดยพยาบาลต้องสร้างแรงจูงใจนำครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อธิบายจากประสบการณ์ตรง ของผู้เขียนได้ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้สูงอายุ เป็นการประเมินหาประเด็นปัญหาของครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น เกี่ยวกับ ประเด็นความรู้และทักษะจำเป็นของครอบครัวที่จะใช้ดูแล การกำหนดแนวทางการประเมิน คือ พยาบาลต้องมุ่งหา

ผู้ดูแลหลักให้พบเพื่อจะประสานงานได้ถูก ขณะเดียวกันก็ ต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวภายใต้การ ให้เกียรติ การเคารพคุณค่าของบุคคล ยอมรับในความเชื่อ ด้านจิตสังคม ประเมินการรับรู้ของครอบครัวต่ออาการเริ่ม ต้นของภาวะสมองเสื่อม ประเมินความใส่ใจ การเอาใจใส่ต่อ ผู้สูงอายุ และการตระหนักที่จะดูแล ในขั้นตอนนี้พยาบาล ต้องใช้หลักการสื่อสารทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเริ่ม จากการบอกวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ครอบครัวทราบ การสร้างสัมพันธภาพอย่างมีเป้าหมาย การยิ้มแย้ม มองหน้า สบตาขณะสนทนา แสดงออกด้วยสีหน้าที่เป็นกันเอง พูดจา ที่สุภาพเหมาะกับกาลเทศะ ใช้หลักการเสริมแรงทางบวก เช่น การกล่าวคำชื่นชม การชมเชยครอบครัว เป็นต้น ส่วน การประเมินผู้สูงอายุอาจต้องใช้แบบประเมินสมรรถภาพของ สมอง (MMSE) ร่วมกับการประเมินหาสาเหตุที่สามารถแก้ไข ได้หรือยังยังไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงมาก ขึ้น โดยซักประวัติผู้สูงอายุและครอบครัวให้ครอบครัวกลุ่มอักษร ย่อที่จำได้ง่าย คือ “DEMENTIA”

ก่อนการใช้ข้อมูลที่ประเมินได้นั้น พยาบาลต้อง ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดบันทึกให้เป็น หมวดหมู่ทั้งด้านครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเอง ก่อนวินิจฉัย ปัญหาครอบครัวและปัญหาของผู้สูงอายุตามข้อมูลที่เป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งก่อนนำมาสู่กระบวนการ วางแผนหรือการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

2. การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมระยะเริ่มต้นร่วมกับครอบครัว เป็นการวางแผน จัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวมีความพร้อมในการปฏิบัติก่อน โดยพยาบาลอาจเสนอแนะกิจกรรมอื่นที่เหมาะสมด้วยองค์ ความรู้และทักษะที่พยาบาลมีมากกว่า ให้ครอบครัวได้รับรู้ และวางแผนปฏิบัติ โดยขั้นตอนสำคัญของการวางแผนร่วม กับครอบครัว คือ การกำหนดผลลัพธ์ในการชะลอภาวะสมอง เสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจตั้งเป้าหมายร่วมกับครอบครัวว่า จะชะลอภาวะสมองเสื่อมให้อาการอยู่ในระยะเริ่มต้นให้ได้ อย่างน้อย 10 ปี เป็นต้น ก่อนเลือกกิจกรรมการดูแลที่



สอดคล้องทั้งมิติ การป้องกัน การร่วมรักษา การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพไปพร้อมกัน โดยพยาบาลจะต้องเขียนแผนการดำเนินกิจกรรมที่จะให้ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมอย่างละเอียด พร้อมบอกเหตุผลประกอบว่าแต่ละกิจกรรมว่าทำไปแล้วจะเกิดผลอย่างไรต่อผู้สูงอายุ จะเป็นข้อความจรรโลงใจให้ครอบครัวตระหนักในการปฏิบัติต่อการชะลอภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

3. การใช้เทคนิคโค้ชซึ่งส่งเสริมครอบครัวดูแลชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด พยาบาลจึงต้องออกแบบการพยาบาลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ขึ้นไปประยุกต์ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลสามารถเลือกใช้เทคนิคโค้ชซึ่ง [1, 17-19] กับสมาชิกในครอบครัว ตามประเด็นต่อไปนี้

1) เทรนนิ่ง (training) เป็นกระบวนการสำคัญที่จะพัฒนาครอบครัวให้สามารถดูแลชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1.1) การให้ความรู้และเหตุผลมุ่งหวังให้ครอบครัวได้เห็นผลดีในการปฏิบัติการชะลอสมองเสื่อม และผลเสียหากไม่ปฏิบัติตามจากการที่พยาบาลให้ข้อเท็จจริงทางวิชาการให้ครบถ้วนทุกมุมมอง 1.2) พยาบาลฝึกทักษะหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติเพื่อชะลอสมองเสื่อม ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการฝึกการคิดและวิเคราะห์บริหารสมอง [10] โดยมีกิจกรรมพื้นฐานที่ให้ได้ผลดี ดังนี้ (1) เพื่อให้รับรู้ความเป็นปัจจุบันของวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน กิจกรรมที่พยาบาลต้องฝึกทักษะให้กับครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมการอ่านหนังสือพิมพ์ โดยให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์ให้ครอบครัวฟัง หรือให้ผู้สูงอายุสรุปสาระที่อ่านจากหนังสือพิมพ์ให้ฟัง กิจกรรมนี้ครอบครัวต้องเตรียมแว่นตาและหนังสือพิมพ์ให้กับผู้สูงอายุ กิจกรรมการเล่ารายการทีวีหรือละคร ครอบครัวต้องตั้งคำถามง่าย ๆ ให้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับตัวเอกในละครที่สังเกตเห็น ให้ผู้สูงอายุทบทวนเนื้อหาละครเพื่อพูดถ่ายทอดต่อตัวอย่างคำถามที่ซ้ถาม คือ “แม่คะนางเอกของเรื่อง.....ไปทะเลแล้วเกิดอะไรขึ้นถึงได้ทะเลาะกับพระเอกได้...เมื่อคืน

หนูผลเอ้อล้นคะ” นั้นหมายถึง ครอบครัวต้องมีกิจกรรมการดูละครร่วมกันด้วย โดยขณะที่ถามเพื่อให้ผู้สูงอายุเล่านั้น ครอบครัวต้องทำหน้าที่ถามสงสัยหรือรอคำตอบจากผู้สูงอายุด้วยความจริงใจ เป็นต้น (2) เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ให้เกิดความจำดีขึ้น เน้นปฏิบัติกิจกรรมที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมฝึกจำหน้าคน และฟังเพลงที่คุ้นเคย ซึ่งครอบครัวต้องหมั่นค้นรูปถ่ายเก่า ๆ ของหรือเพลงเก่า ๆ มาให้ผู้สูงอายุได้ทายเป็นต้น (3) เพื่อปรับอารมณ์และความคิดด้วยกิจกรรมนันทนาการ เช่น ครอบครัวเล่นหมากรุกกับผู้สูงอายุ หรือร่วมทำงานฝีมือที่ประสบผลสำเร็จโดยง่าย งานศิลปะและฟังดนตรี และการให้เขียนบันทึกการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เป็นต้น (4) เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมที่หายไป ลดการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมที่หายไป เช่น ครอบครัวต้องหมั่นสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนเอะอะโวยวาย และปัสสาวะรด เน้นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งเป็นพฤติกรรมเด่นที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เป็นต้น หากพบพฤติกรรมเหล่านี้

2) โกวด์ดิง (guiding) เป็นการฝึกครอบครัวชี้แนะผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันอันสอดคล้องกับพฤติกรรมที่ประเมินพบ เช่น ผู้สูงอายุเริ่มจำสถานที่ใหม่ ๆ ไม่ได้ หรือจำหน้าบุคคลที่ไม่คุ้นเคยได้ยากขึ้น พยาบาลควรชี้แนะกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมฝึกจำหน้าคน และฟังเพลงที่คุ้นเคย ซึ่งครอบครัวต้องหมั่นค้นรูปถ่ายเก่า ๆ ของผู้สูงอายุหรือเพลงเก่า ๆ มาให้ผู้สูงอายุได้ทายเป็นต้น โดยครอบครัวต้องทำอย่างต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุคุ้นชิน หรืออาจให้ผู้สูงอายุทำอาหารด้วยตนเองโดยครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนขั้นตอนและคิดวิธีการทำ ซึ่งจะเป็นการบริหารสมองที่ดี พยาบาลต้องชี้แนะเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัว ได้แก่ การชมเชยแบบจริงใจ เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ หรือครอบครัวกอดและหอมแก้มผู้สูงอายุด้วยความรักในสายสัมพันธ์ครอบครัว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มคุณค่าในตัวผู้สูงอายุด้วย เป็นต้น

3) ช่องทางการให้คำปรึกษา (counseling) จำเป็นอย่างยิ่งเมื่อครอบครัวเกิดความไม่มั่นใจหรือเจอเหตุการณ์ที่

ไม่คุ้นเคย พยาบาลต้องสื่อสารให้คำปรึกษาแบบเร่งด่วนซึ่งอาจจะผ่านโทรศัพท์ โลกออนไลน์ หรือวิดีโอคอล เพื่อให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกของครอบครัว เป็นต้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับครอบครัวไว้ล่วงหน้าให้เกิดความเข้าใจเพื่อลดความเกรงใจที่จะใช้บริการพยาบาลผ่านช่องทางดังกล่าว

4) การจัดโครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (personal center development) ซึ่งพยาบาลอาจต้องจัดเป็นโครงการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนไปพร้อมกัน โดยเริ่มตั้งแต่การสอนความรู้ชุมชนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะชะลอสมองเสื่อม การใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาร่วมออกแบบการดูแลผู้สูงอายุ และการติดตามพฤติกรรมเด่นที่บ่งชี้ความรุนแรงของโรค เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการใช้เทคนิคโค้ชซึ่งมาออกแบบการดูแลผ่านสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ด้วยบทบาทอิสระที่มุ่งผลลัพธ์ คือ การชะลอสมองเสื่อม ขณะเดียวกันเป็นการส่งเสริมครอบครัวได้เกิดการตระหนักรู้ในการดูแลผู้สูงอายุด้วย พยาบาลทำหน้าที่ในการตรวจเยี่ยมตามปกติ แต่จะเป็นผู้ดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติ นั้นหมายถึง พยาบาลต้องรับบทบาทเป็นหุ้นส่วนของครอบครัวด้วย

4. การประเมินผลการส่งเสริมครอบครัว เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการดูแล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการดูแล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่อุปการะว่าสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ ในส่วนการประเมินผลการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งผลที่เกิดขึ้นคือ ระยะเวลาในการดำเนินของโรคสมองเสื่อมที่ถูกชะลอโดยครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้สูงอายุทั้งด้านดีและด้านไม่ดี ประเมินกระบวนการที่พยาบาลใช้ออกแบบในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมเสนอแนะปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ยืดหยุ่นตามความเหมาะสมของครอบครัว และพยาบาลติดตามผลลัพธ์ที่เปลี่ยนไปตามกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงตามบริบทของครัวเพื่อให้การส่งเสริมครอบครัวที่ต่อเนื่อง

บทสรุป

ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในประเทศไทยในผู้สูงอายุไทยจะมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลกระทบด้านลบในหลาย ๆ ด้าน จะเกิดขึ้นแบบหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาทิ ปัญหาคนดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล สถานที่รับดูแล และอื่น ๆ อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนั้นสามารถชะลอได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดดังที่กล่าวในข้างต้น ขณะเดียวกันพยาบาลก็สามารถใช้บทบาท 4 มิติ อันได้แก่ การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การช่วยแพทย์กระทำการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุผ่านครอบครัวได้ ซึ่งการให้การพยาบาลด้วยแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยพยาบาลทำหน้าที่โค้ชซึ่งภายใต้บทบาทการเป็นหุ้นส่วนของครอบครัวนั้น จะเห็นผลลัพธ์ได้ดีกว่า และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเพราะคนในครอบครัวปฏิบัติเอง ทั้งนี้สาระหลักของบทความนี้จะได้อีกทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลจะนำมาใช้ออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบริบทที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงศ์สารี. สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์พยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2561;12(1):47-58.
2. กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561;27(เพิ่มเติม 1):189-98.
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. Lancet 2005;366(9503):2112-7.



4. Alzheimer's Society. Fix dementia care: hospitals. [Internet]. 2016 [cite 2017 April 7]. Available form: <http://www.alzheimers.org.uk/fixdementiacare>
5. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. *Lancet Neurol* 2008;7(9):812-26.
6. Nakanishi M, Nakashima T. Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: how should a national dementia policy interact with the public health-and social-care systems?. *Alzheimer's Dement* 2014;10(4):468-76.
7. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
8. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2559.
9. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน* 2560;23(3):680-89.
10. รัชณี นามจันทร์. การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มฉก. วิชาการ* 2553;14(27): 137-50.
11. Muangpaisan W. *Gerontology and geriatrics for primary care practice*. Bangkok: Design & Printing; 2017.
12. Panakhon L, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S, Taechaboonsermsak P. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province. *J Public Health* 2015;45(2):197-209.
13. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2551.
14. Hogan DB, Bailey P, Black S. Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *CMAJ* 2008;179:787-93.
15. Manthorpe J, Samsi K. Person-centered dementia care: current perspectives. *Clin Interv Aging* 2016;11:1733.
16. วิณา จีระแพทย์. กลยุทธ์ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อคุณภาพการดูแลปรีกำเนิดอย่างยั่งยืน. ใน: เพิ่มศักดิ์ สุขเมฆศรี, นารศ วงศ์ไพฑูริย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). *การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2557.
17. Boots LM, De Vugt ME, Van Knippenberg RJ, Kempen GI, Verhey FR. A systematic review of internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29(4):331-44.
18. Chenoweth L, Stein-Parbury J, White D, McNeill G, Jeon YH, Zaratan B. Coaching in self-efficacy improves care responses, health and well-being in dementia carers: a pre/post-test/follow-up study. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):166.
19. ชัชวาล วงศ์สารี, ศุภลักษณ์ ฟิ้นทอง. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก.วิชาการ* 2561;22(43):135-48.