



992419143

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน
THE DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
FOR AGING DEMENTIA AT HOME

นางสาวกัลยา สารทูลทัต

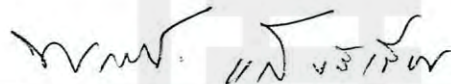
การศึกษาด້วยตนเองนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2549

การศึกษาด้วยตนเอง การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน
The Development of Clinical Practice Guideline for Aging
Dementia at Home

ชื่อนักศึกษา นางสาวกัลยา ศารทูลทัต
รหัสประจำตัว 474061
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2549

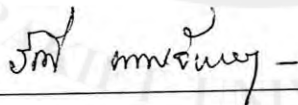
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้
การศึกษาด้วยตนเองฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2549



คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณราย แสงวิเชียร)

คณะกรรมการสอบการศึกษาด้วยตนเอง



อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ดร.รัชนี้ นามจันทรา)



อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย)

การศึกษาด้วยตนเอง	การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน The Development of Clinical Practice Guideline for Aging Dementia at Home
ชื่อนักศึกษา	นางสาวกัลยา ศารทูลทัต
รหัสประจำตัว	474061
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2549

บทคัดย่อ

ในสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านประสบกับปัญหาหลายอย่าง อาทิเช่น การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแล การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม และความเครียดของผู้ดูแล ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาลงได้หากมีการจัดการที่เหมาะสม

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน จากการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การทบทวนผลการวิจัย เอกสารตำราทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากฐานข้อมูลต่าง ๆ นำมาสังเคราะห์ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน 9 เรื่อง คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การอาบน้ำ 3) การแต่งตัว 4) การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ 5) การนอน 6) อากาศประสาทหลอน 7) การลิ้มของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น 8) การหลงออกนอกบ้าน และ 9) การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่ติดต่อเข้ามาปรึกษา ณ สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ และแบบสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านสามารถช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้มากขึ้น ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดน้อยลง และมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น



Independent Study The Development of Clinical Practice Guideline for Aging with Dementia at Home

By Miss Galaya Saradhulthat

Identification No. 474061

Degree Master of Nursing Science Program (M.N.S.)

Major Community Nursing Practitioner

Academic Year 2006

ABSTRACT

In Thai society, dementia aging care at home is responsibility of the family. There are some problems occur with members in the family, for examples, lack of proper understanding for care giving, complication happening from inappropriate care giving, and stress of care giver. All of these problems can be prevented or released the severity if there are ways for appropriate management.

In this independent study, the development of clinical practice guideline for aging with dementia at home is the main purpose. The process of the study has been divided into 2 phases. First, the development of clinical practice guideline for aging with dementia at home were studied in all essential knowledge relevant in aging with dementia, revised some clinical practice guidelines from many researches about aging, and some information about dementia aging care from many diverse databases. All of these were synthesized and developed to the clinical practice guideline for aging with dementia at home in main 9 topics. These are eating, bathing, dressing, defecation and activities in toilet, sleeping, hallucination, forgetting something and blaming somebody in general, wandering, and health promotion. About health promotion, they consist of periodic self exercise, nutrition in proper, participation in activities within family and community, always having good mental mind, and avoidance from all risky activities. In second phase, that is the application of clinical practice guideline for aging with dementia at home in sample size group, that are the 3 aging with dementia and their caregiver who contacted for consulting in the one aging home care in Bangkok. This

study used MMSE-Thai 2002, health assessment and general physical examination form, and an interviewed question guideline for problems and management in aging daily activities.

The study found that the implementation of the clinical practice guideline for dementia aging care at home can release some problems in dementia aging care. The aged persons could perform more daily activities by themselves. The family's caregivers felt release and had more confident in taking for the elderly with dementia.



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์ และอาจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษา โดยให้คำแนะนำ ติดตามตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องจนสำเร็จลุล่วง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย ที่เป็นคณะกรรมการสอบและให้คำแนะนำ หลักการวิชาศึกษาด้วยตนเองและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัศม์ รวมทั้งคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาอันมีค่ายิ่ง ทำให้การศึกษา ด้วยตนเองซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้ที่ได้เรียนมาบรรลุเป้าหมาย รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาตลอดหลักสูตร

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุและญาติ ที่ช่วยให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือในการตอบ แบบสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ตลอดจนประเมินผลและแนะนำข้อบกพร่อง เพื่อน ๆ พี่น้อง และ ครอบครัวที่ช่วยให้กำลังใจตลอดมา ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการศึกษาในครั้งนี้

กัลยา ศารทูลทัต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(1)
Abstract.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
สารบัญตาราง.....	(8)
สารบัญแผนภูมิ.....	(9)
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	2
1.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	2
1.4 คำนิยามศัพท์.....	2
1.5 ประโยชน์ของการศึกษา.....	3
2. การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 คำนิยามของการสูงอายุ.....	4
2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.....	5
2.3 ภาวะสมองเสื่อม.....	15
2.4 การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
3. ระเบียบวิธีการศึกษา	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	43
3.3 การดำเนินการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ไปทดลองใช้.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา.....	45
4. ผลการศึกษา	
4.1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน	47
4.2 ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อยู่บ้านไปทดลองใช้.....	60
5. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	71
5.2 อภิปรายผล.....	72
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก	
ผนวก ก แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002.....	81
ผนวก ข แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ.....	85
ผนวก ค แบบสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุ.....	86
ประวัติผู้เขียน	88

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การรับประทานอาหาร.....	48
4.2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การอาบน้ำ.....	49
4.3 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การแต่งตัว.....	50
4.4 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ.....	51
4.5 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การนอน.....	53
4.6 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง อากาศประสาทดลอน.....	54
4.7 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การดื่มของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น.....	55
4.8 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การหลงออกนอกบ้าน.....	56
4.9 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ.....	57

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
3.1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน.....	46



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากปัจจุบันนี้โลกของเรากำลังอยู่ในช่วง “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” นับมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) จำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2542) จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 7 และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ส่วนรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติระบุว่าอีก 150 ปีข้างหน้า 1 ใน 3 ของพลเมืองโลกจะเป็นผู้สูงอายุ และอีก 20 ปีผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1 คนจากพลเมืองทุก 8 คน สำหรับประเทศไทย สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. 2542)

ในผู้สูงอายุไทยพบว่า โรคและอาการของโรคที่พบได้บ่อยเมื่อปี 2537 เทียบกับปี 2545 มีแนวโน้มลดลง นอกจากภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.2 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 29.8 ซึ่งในปัจจุบันมีความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าอนาคตในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 และในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

ถึงแม้ปัญหาภาวะสมองเสื่อมจะไม่ใช่ว่าปรากฏการณ์ใหม่ และไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น ขณะนี้ประเทศไทยมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 9 แสนราย มีค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยญาติอยู่ที่ประมาณ 4,000 – 6,000 บาทต่อเดือน และหากต้องจ้างผู้ช่วยผู้ดูแล อาจจะต้องเพิ่มอีก 8,000 – 16,000 บาทต่อเดือน นั้นหมายความว่า จะต้องมียกจ่ายต่อเดือนไม่ต่ำกว่าหนึ่งหมื่นบาทสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2549) ความซับซ้อนในด้านสาเหตุ ปัจจัยร่วม และพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการขาดความรู้ ความเข้าใจในการจำแนกชนิดของโรค การขาดแคลนบุคลากร เทคนิคการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะต้องกลายเป็นคนพิการหมดสมรรถภาพ และไม่สามารถดำรงชีวิต

ได้อย่างปกติสุขจนถึงวัยชราอันสมควร (มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อ่างถึงโน ชุตินา สีบวงศ์ลี. 2544) ลักษณะอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุส่งผล กระทบถึงความสามารถในการดำรงชีวิต ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุเองแล้วยังเป็นปัญหาต่อครอบครัว และสังคมส่วนรวมของประเทศอีกด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

การดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขทั้งด้านบริการการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ได้ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกำลังมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นและจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคตอันใกล้ ทำให้ผู้ศึกษาได้ตระหนัก และสนใจถึงปัญหาเหล่านี้ และเมื่อศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในสถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางการดูแลรักษาสำหรับแพทย์ แต่ยังคงขาดในส่วนของการให้การดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลที่บ้านด้วยความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างสงบสุข ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน โดยศึกษาจากผลการวิจัยและเอกสารทางวิชาการ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ผลการนำไปทดลองใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะ ได้นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านให้สมบูรณ์ขึ้น

1.4 คำนิยามศัพท์

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทั้งทางระบบประสาทและทางจิต

ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง แสดงออกในรูปแบบของการสูญเสียความสามารถในด้านความจำ ทั้งการจดจำและการระลึกได้ ตลอดจนมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ และด้านภาษา

การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง การจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ และการนอน การจัดการกับปัญหาและอาการของภาวะสมองเสื่อม เช่น อาการประสาทหลอน การหลงลืมและการหลงออกนอกบ้าน ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน

1.5 ประโยชน์ของการศึกษา

1. พยาบาล สามารถนำ “แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน” ไปใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านได้
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากการดูแล

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเกี่ยวกับ "การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน" นี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 คำนิยามของการสูงอายุ
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- 2.3 ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
- 2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 คำนิยามของการสูงอายุ

การให้คำนิยามของการสูงอายุ และวัยสูงอายุ สามารถอธิบายด้วยจำนวนอายุตั้งแต่เกิด และใช้ความสามารถในการทำงานที่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

ความสูงอายุกำหนดโดยจำนวนปี (Chronological Age) มีการกำหนดด้วยการเกษียณอายุ หรือหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เช่น ประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี ส่วนบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดที่อายุ 65 ปี การแบ่งวัยสูงอายุด้วยจำนวนปีของอายุ ยังจำแนกวัยสูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young - Old) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-Old) อายุ 70-79 ปี วัยสูงอายุมาก (Old-Old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

ความสูงอายุก่อนความสามารถในการทำงานที่ (Functional Age) เกิดมาจากนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ และวิชาชีพสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ และใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก การให้คำจำกัดความด้วยความสามารถ เกี่ยวข้องกับระดับความผาสุกและเจตคติทางบวกต่อการสูงอายุ ตลอดจนความสามารถในการทำประโยชน์ต่อสังคม ต่อคนอื่น และต่อตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมด้วย นอกจากนี้จะพบว่าตัวผู้สูงอายุเองมักจะประเมินว่า "ชรา" เมื่อความสามารถด้อยลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับทีมสุขภาพจึงใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ สุขภาพกาย ความผาสุกทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และความสามารถในการทำงานที่ (บรรลุ ศิริพานิช. 2542 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ พฤติกรรม (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540 ; ชูศักดิ์ เวชแพศย์ . 2538 ; บรรลุ ศิริพานิช. 2542 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) มีรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงร่าง ผิวหนัง

2.2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของลักษณะรูปร่าง เมื่ออายุมากขึ้น รูปร่างของมนุษย์ จะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและข้อสะโพกงอเล็กน้อยทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่น เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปี และจะมีมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งสูงอายุนั้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก รอยย่นบนใบหน้าเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ประกอบกับไขมันใต้ผิวหนัง และความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงเมื่อผิวหนังหย่อนมากจึงถูกแรงโน้มถ่วงของโลกดึง ทำให้หนังตาตก หูยาว และเหนียงยาน

2.2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลาง จะสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก พบว่า จะเริ่มมีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกบริเวณ คอเชิงกรานตั้งแต่อายุ 30 ปี จากการศึกษาเปรียบเทียบปริมาตรของ Trabecular Bone ที่ Iliac Crest ในผู้หญิงอายุ 18-55 ปี พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น กระดูกจะสูญเสียไป 0.7 % ต่อปี และจากการศึกษาโดยการวัดความหนาแน่นของกระดูกผู้หญิง พบว่า จะมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ในอัตราประมาณ 1% ต่อปี ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง การสูญเสียมวลกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้กระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่ง ได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาท่อนบน และปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่า พบว่า การเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปี โดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

2.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผิวหนังประกอบด้วยชั้นต่าง ๆ ดังนี้

1. หนังกำพร้า (Epidermis) ในผู้สูงอายุชั้นหนังกำพร้าจะมีความชั้นลดลง ผิวจะ แตกง่าย บางลงเล็กน้อย ทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้ป้องกันแสง อัลตราไวโอเล็ตได้น้อยลง หน้าที่ของ Melanocytes เปลี่ยนไป ทำให้สีผิวและขนหงอกขาว

2. หนังแท้ (Dermis) ในผู้สูงอายุ ชั้นหนังแท้จะมีความหนาตื้นน้อยลง และ Collagen ลดลง 1% เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี ความยืดหยุ่นลดลง จำนวนเซลล์ในหนังแท้ลดลง จากการศึกษาพบว่า เซลล์ในหนังแท้ลดลงครึ่งหนึ่งเมื่ออายุ 61 ปี เทียบกับเมื่อเป็นทารก และลดลง 20% เมื่อเทียบกับอายุ 30 ปี หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่าง ๆ ทางผิวหนังลดลง และต้องใช้เวลานานขึ้น

3. ไขมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี แต่จะแตกต่างกันไปตามส่วน ไขมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อมเหงื่อลดลง ทำให้เหงื่อออกน้อยลง ต่อมกลิ่นลดลง ทำให้กลิ่นตัวลดลง ต่อมไขมัน (Sebaceous Gland) โตขึ้น แต่หลังน้ำมันออกน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อุดรกรางอกของนมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รุงมุก

2.2.2 ความเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาท

การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย

2.2.2.1 การเปลี่ยนแปลงที่สมอง เมื่อคนสูงอายุมากขึ้น น้ำหนักของสมองจะลดลง จากการศึกษา พบว่า เมื่อคนอายุ 70 ปี น้ำหนักสมองจะลดลง 5% ลดลง 10% เมื่ออายุ 80 ปี และจะลดลง 20% เมื่ออายุ 90 ปี เซลล์ประสาทของสมองตายและสูญเสียไป แต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด การสูญเสียเซลล์ประสาทอย่างเดียว จึงไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะอธิบายถึงความสามารถที่ลดลงของระบบสมองและประสาท

ระบบสมองและประสาทติดต่อกันด้วยการสื่อสารประสาท เช่น Catecholamine, Serotonin และ Acetylcholine จากการศึกษาส่วนหนึ่งมีจำนวนลดน้อยลงทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุ พบว่า

1. ความฉลาด (Intellectual Performance) พบว่า คนมีความสามารถสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิต เว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน
2. ความสามารถเชิงความเร็วในการจัดการกับข้อมูล พบว่า คนมีความสามารถสูงเมื่ออายุ 20 ปี หลังจากนั้นจะลดลงช้า ๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้น
3. ความสามารถในด้านการพูด (Verbal Skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง
4. พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็วด้านกายภาพของร่างกาย ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

5. การเรียนรู้และความจำ การหลงลืม เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ การศึกษาแสดงว่ามีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี

2.2.2.2 การเปลี่ยนแปลงของประสาทระบบรับความรู้สึก

1. การเห็นเสื่อมลง เนื่องจากเซลล์ของเรตินาลดลง รวมทั้งรูม่านตาก็ลดลงด้วย จึงทำให้ความไวต่อแสงแฉดลดลง จากการทดลอง พบว่า ในที่มีคนอายุ 80 ปี ลดลงมากกว่าคนอายุ 20 ปี ถึง 100 เท่า ความคมชัดของการเห็นลดลง และจะลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี เหตุที่ลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง

2. การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี จะมีอาการหูตึง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง (Receptor) รวมทั้งการสูญเสีย Hair Cell ซึ่งอยู่ในหูส่วนใน (Cochlea) การศึกษาเกี่ยวกับหูตึงในผู้สูงอายุพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะพบอาการหูตึงเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเมื่ออายุ 75-79 ปี จะพบอาการหูตึงถึง 48%

3. การทรงตัวเสื่อมลง ทำให้ไม่มั่นคง ไม่มีความสมดุลที่ดี เกิดอาการเวียนศีรษะ ความรู้สึกนี้พบได้มากกว่า 50% ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี การรักษาสมดุลของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ร่างกายต้องอาศัยระบบ Vestibular System ในหู ระบบการเห็น และระบบทางเดินของประสาทสั่งการในสมองผสมผสานกัน เมื่ออายุมากขึ้นระบบดังกล่าวเสื่อมลง อาจมีอาการเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หรืออาจมีอาการไม่สมดุลระหว่างเดิน ทำให้ต้องเดินกางขาเพื่อกันล้ม หรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้ม

4. การได้กลิ่น ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี และในช่วงอายุ 80 ปี จะลดลง 60%

5. การรับรสลดลง เพราะตุ่มรับรสลดลง

6. การรับสัมผัสทางกาย การรับสัมผัสแตะต้องในผู้สูงอายุจะเสื่อมลง โดยการรับการสัมผัสที่อ่อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน

2.2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ระบบประสาทอัตโนมัติ มีหน้าที่ควบคุมสภาพแวดล้อมภายในร่างกายให้อยู่ในดุลยภาพ (Homeostasis) จำนวนเซลล์ประสาทลดลง Pigmentation และ Vacuolation เพิ่มขึ้น จึงทำให้น้ำที่ของประสาทอัตโนมัติในผู้สูงอายุเสื่อมลง ที่พบได้บ่อย คือ รูม่านตาเล็กลง การตอบสนองต่อแสงและAccommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เช่น มีอาการตัวเย็นแม้ไม่ได้รับความเย็นจากภายนอก หรือมีอาการหนาวสั่นได้ง่าย

2.2.2.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสั่งการ (Motor Nerve) การสูญเสียเซลล์ประสาท และอัตราการนำพลังประสาทของเส้นประสาทในผู้สูงอายุจะลดลง 10-15% ความสามารถในการส่งทอดพลังประสาทในไซแนปส์ลดลง ประกอบกับสารเคมีที่ปลายประสาทก็ลดน้อยลงด้วย จึงทำให้คำสั่งที่จะส่งไปยังกล้ามเนื้อในการปฏิบัติการช้าลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้า ชื่องช้าลง ปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Time) และเวลาการเคลื่อนไหว (Movement Time) ยาวขึ้น (หมายถึงการเคลื่อนไหวช้าลง)

2.2.3 ความเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อในร่างกายมนุษย์มี 3 ชนิด คือ กล้ามเนื้อลาย ได้แก่ กล้ามเนื้อโครงสร้างภายนอก กล้ามเนื้อเรียบ เป็นกล้ามเนื้อของอวัยวะภายใน เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ และกล้ามเนื้อหัวใจ ผลโดยตรงของการมีอายุมากขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่พบเห็นในระบบนี้ก็คือ

2.2.3.1 การสูญเสียน้ำและเกลืออนินทรีย์ การขาดโปแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง ผู้สูงอายุที่ขาดน้ำจะแสดงให้เห็นด้วยขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลง รวมทั้งมีอาการอ่อนเพลีย จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น และเพิ่มน้ำและโปแตสเซียมจากการกิน

2.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงของเอ็นไซม์ เอ็นไซม์ส่วนใหญ่ในกล้ามเนื้อจะอยู่ในไมโทคอนเดรีย การเปลี่ยนแปลงของเอ็นไซม์ เกิดได้เร็ว เพียง 2-3 วัน หลังจากที่ถูกกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งาน โดยเอ็นไซม์จะลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถสลายอาหารเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานได้ จึงทำให้เกิดอาการไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมสลายของเอ็นไซม์ เป็นกระบวนการที่สามารถกลับคืนได้ถ้ากล้ามเนื้อได้ถูกใช้งานอีก และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นใน 2-3 วัน แต่ในผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นกลับคืนจะเป็นไปได้ช้ากว่าคนหนุ่มสาว

2.2.3.3 การเปลี่ยนแปลงในโปรตีนที่ใช้หดตัว โปรตีนที่ใช้หดตัวทำให้กำลังงานของผู้สูงอายุมีการสลายตัว ซึ่งอาจเกิดจากการขาดใยประสาทสั่งการทำให้ส่วนที่จะทำการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง

2.2.3.4 การเปลี่ยนแปลงของเลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อ เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้การขนส่งอาหาร และสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง โดยเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป การลดลงของกล้ามเนื้อเมื่ออายุมากขึ้นนั้น จะต้องคิดถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น มีการออกกำลังกาย

หรือไม่ เพศ และขนาดของร่างกาย โดยพบว่าการฝึกฝนมีผลต่อพลังกล้ามเนื้อเป็นอย่างมาก ผู้ที่ได้รับการฝึก (ออกกำลังกาย) จะทำให้พลังกล้ามเนื้อลดลงน้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

2.2.4 ความเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นระบบที่สำคัญ เพราะเป็นระบบชีวิตของชีวิต หากระบบล้มเหลวและไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพได้จะทำให้เสียชีวิต การที่ผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกันมาก เป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสริมอื่นอีก เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.2.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหัวใจ

1. กล้ามเนื้อหัวใจ โดยปกติจะมีเนื้อเยื่อ (Collagen) แทรกอยู่ทั่วไปในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่ออายุมากขึ้น Collagen จะมากขึ้น เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจจะลดลง และมีสาร Amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ

2. ลิ้นหัวใจ คนมีลิ้นหัวใจ 3 ลิ้น ได้แก่ เอเออร์ติก ไมตรัล และไตรคัสปิด เมื่อคนมีอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอเออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของจำนวนนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน Fibrous Stroma และมีการเสื่อมของคอลลาเจน ประกอบกับการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวปิด-เปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจดึงลิ้นหัวใจเอเออร์ติกติดแคบเล็กลง ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่า

3. ระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจ (Conductive System) พบว่า มีการลดลงของ Pacemaker Cell ใน Sino-Atrial Node โดยเริ่มมีการลดลงช้า ๆ ในช่วงอายุกลางคน และหลังอายุ 60 ปี จะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุ 75 ปี จะพบ Pacemaker Cell ที่ S-A Node เหลือเพียง 10% ของจำนวนปกติหลังอายุ 60 ปี Left Bundle Branch จะลดลงกว่าร้อยละ 50 และถูกแทนที่ด้วยผังผืด (Fibrous Tissue)

4. หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Arteries) พบว่า มีปริมาณเนื้อเยื่อยืดหยุ่น (Elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ Elastic Laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น คล้ายกับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis)

2.2.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหัวใจ

1. อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A Node ทำงานลดลง

2. การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้ายช้าลง โดยพบว่าลดลงประมาณ 50%เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจาก 20 เป็น 80 ปี

3. ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac Output) ขณะพักจะลดลง พบว่า คนอายุ 70 ปี ปริมาณเลือดจะลดลง 25% ของคนอายุ 25 ปี ทั้งนี้ เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ Stroke Volume ลดลง

2.2.4.3 การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นลง และเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น ภาวะนี้เริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี โดยเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดซึ่งจะหนาขึ้น และมีการแตกสลาย มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบก็มีการเสื่อมสลาย และมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) แทนการยืดหยุ่น ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแตกหรืออุดตัน หากเกิดพยาธิสภาพในอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ และสมองอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

2.2.4.4 การเปลี่ยนแปลงของแรงดันเลือด โดยปกติของประชากรส่วนใหญ่ความดันเลือด ทั้งความดันซิสโตลิก และ ไดแอสโตลิก จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 60 ปี หลังจากนั้น ความดันไดแอสโตลิก จะลดลง แต่ความดันซิสโตลิกจะยังสูงขึ้นต่อไป ทำให้ช่วงระหว่างซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (Pulse Pressure) เพิ่มมากขึ้น ความดันเลือดยังมีส่วนสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว อัตราการเต้นของหัวใจ ระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone ด้วย โดยคนน้ำหนักมากเกินมาตรฐาน ความดันเลือดจะสูงกว่าคนปกติหรือคนผอม มีการศึกษาพบว่า คนบางกลุ่มที่มีการกินเกลือโซเดียมน้อยความดันเลือดไม่เพิ่มตามอายุ ความดันเลือดสูงขึ้นไปจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น เส้นเลือดแตกในสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.2.5 ความเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ

ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น ปริมาณความจุของปอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ ปริมาณความจุปอดจะเพิ่มขึ้นแต่ช้าจนถึงจุดสูงสุดที่อายุระหว่าง 20-24 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงช้า ๆ ตามอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระบบหายใจมีดังนี้

2.2.5.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ผู้สูงอายุจะมีลักษณะหลังโก่ง กระดูกอ่อนของซี่โครงเริ่มเปลี่ยนเมื่ออายุ 40 ปี โดยมีแคลเซียมมาเกาะสะสมมากขึ้น ข้อต่อระหว่างซี่โครงและกระดูกสันหลัง (Costo-Vertebral Joint) มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้กระดูกหน้าอก (Sternum) เคลื่อนไปข้างหน้าและขึ้นบนในขณะหายใจเข้า หลอดลม เยื่อหุ้มหลอดลมจะตายไป จำนวนขนพัด

(Celia) ลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง พื้นผิวของถุงลม (Alveolar Surface Area) จะลดน้อยลงประมาณ 4% ทุก 10 ปี (จากค่าปกติในคนอายุ 30 ปี ซึ่งมีพื้นผิวประมาณ 75 ตารางเมตร) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยึดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพองในผู้สูงอายุมาก ๆ

2.2.5.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ปริมาตรของปอดจะมีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal Volume - TV) ลดลง เนื่องจากความยึดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้น และแข็งตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อทรวงอกที่โครงมีประสิทธิภาน้อยลง ผลทั้งหมดจึงทำให้ Tidal volume ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงขาดเคยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้น ๆ

2. ปริมาณที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเต็มที่ (Vital Capacity - VC) จะมีปริมาณลดลงประมาณ 17.5 มิลลิลิตร ต่อพื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตรต่อปี ที่อายุเพิ่มขึ้น

3. ปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity - FRC) จะมีค่าเพิ่มขึ้น

4. การกระจายของอากาศในปอด เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดเมื่อมีความเปลี่ยนแปลงของความดันจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากความยึดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอ เกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ

5. การเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือด (Blood Gas) และการควบคุมการหายใจโดยค่าแตกต่างระหว่างออกซิเจนแดงและในถุงลมจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด

2.2.5.3 การเปลี่ยนแปลงการหายใจเมื่อออกกำลังกาย เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกาย ออกกำลังกายหรือทำงานหนัก สมรรถภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายจะลดต่ำลง ทำให้เหนื่อยง่าย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น และจะใช้เวลานานกว่าคนหนุ่มสาวในการที่จะปรับอัตราการหายใจให้ลดลงสู่ระดับปกติ

2.2.6 ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร

2.2.6.1 การเปลี่ยนแปลงของฟัน ผู้สูงอายุมีฟันแข็งแรง และคงสภาพสมบูรณ์ดีหรือ

เลว ขึ้นอยู่กับ การดูแลป้องกันสุขภาพอนามัยของช่องปากของแต่ละคน การสีฟันที่ใช้แปรงสีฟันแข็งเกินไปและสีไม่ถูกวิธีจะทำให้หินน้ำเมล (Enamel) ที่เคลือบฟันอยู่นอกสุดหลุดหายไปมาก ทำให้เกิดอาการเสียวฟันได้

2.2.6.2 การเปลี่ยนแปลงของกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหาร จะหลังกรดและน้ำย่อยออกมาคลุกเคล้าอาหารเพื่อให้เกิดการย่อย ในผู้สูงอายุจะหลังกรดน้ำย่อยลดลง จึงทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง

2.2.6.3 การเปลี่ยนแปลงของลำไส้เล็ก ลำไส้เล็กมีหน้าที่ย่อยอาหารต่อจากกระเพาะอาหาร โดยวิธีหลังน้ำย่อย และเคลื่อนไหวลำไส้ให้อาหารได้คลุกเคล้ากับน้ำย่อย เกิดการย่อยจนอาหารถูกย่อยจนถึงที่สุดและมีการดูดซึมสารอาหารเข้าสู่เส้นเลือด ในผู้สูงอายุลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหาร พบว่า มีการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง ส่วนโปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น A และ K ดูดซึมได้มากขึ้น และ D ดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่ พบว่าดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง

2.2.6.4 การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้านกายภาพ พบว่า เยื่อลำไส้ ผุ สืบลง มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้ อาหารผ่านลำไส้ช้าลงทำให้เศษอาหารคั่งค้างนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้นกว่าหนุ่มสาว ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง มีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง การวัดความดันในช่องทวารหนักทั้งในขณะพักและขณะเบ่งมีแรงดันลดลง

2.2.6.5 การเปลี่ยนแปลงของตับอ่อน เนื้อตับอ่อนของผู้สูงอายุจะมีพังผืดเพิ่มขึ้น และมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อนตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง Amylase และ Trypsin

2.2.6.6 การเปลี่ยนแปลงของตับและระบบน้ำดี ตับมีขนาดเล็กลง เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการตายเกิดขึ้น สิ่งเพราะนี้โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่าง ๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (Common Bile Duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง

2.2.7 ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบทางเดินปัสสาวะของคนประกอบด้วย ไต (Kidneys) 2 ข้าง กรวยไต 2 ข้าง ท่อไต (Ureters) 2 ข้าง กระเพาะปัสสาวะ และท่อขับปัสสาวะ (Urethra) ระบบทางเดินปัสสาวะทำหน้าที่ขับของเสียในรูปแบบของน้ำออกจากร่างกาย

2.2.7.1 ไต

1. จำนวนหน่วยกรอง (Glomerulus) ลดลง 30 - 50% และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (Medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น ในด้านสรีระวิทยา พบว่า เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

2. อัตราการกรองของหน่วยกรอง (Glomerulus) ลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

2.2.7.2 กระเพาะปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ เป็นอวัยวะรับน้ำปัสสาวะ ที่ขับออกมาจากไตทั้ง 2 ข้าง ผนังกระเพาะปัสสาวะประกอบด้วยกล้ามเนื้อ ซึ่งมีกลไกอัตโนมัติคอยกระตุ้นเตือนให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเมื่อมีจำนวนน้ำปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น มีช่องขับถ่ายปัสสาวะออก มีหูรูดปิดเปิดได้โดยการบังคับของกล้ามเนื้อหูรูด ช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุ มีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

2.2.8 ความเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Gland)

ต่อมไร้ท่อ มีหน้าที่สังเคราะห์น้ำหลังที่เรียกว่าฮอร์โมน ระบบต่าง ๆ ของร่างกายแม้จะมีหลายระบบ แต่ก็ทำงานเชื่อมโยงประสานกันเพื่อให้ชีวิตสามารถอยู่ได้อย่างราบรื่น และเป็นดุลยภาพ (Homeostasis) อยู่เสมอ ร่างกายมีระบบที่ช่วยพัฒนาและประสานงานกันอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทประสานโดยการส่งการไปตามเส้นใยประสาท ส่วนระบบต่อมไร้ท่อจะประสานงานโดยวิธีการทางเคมีของฮอร์โมน ซึ่งถูกส่งไปอวัยวะต่าง ๆ โดยการไหลเวียน วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ดังนี้

1. ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) จะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีการเหี่ยวยุบของผิวต่อม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง เชื่อว่าทั้งหมดของการเปลี่ยนแปลงย่อมมีผลทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลงด้วย

2. ต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) ในวัยสูงอายุ พบว่า Adrenal Androgens และ Mineral Corticoid Function มีปริมาณลดลง ทำให้ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง

3. ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid Gland) พบว่า ระยะครึ่งชีวิตฮอร์โมน (Half-Life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ มีค่า 7 วัน ในวัยหนุ่มสาว เพิ่มเป็น 9 วัน ในอายุ 90 ปี การสร้าง Thyroxine ลดลงจาก 80 เป็น 60 ไมโครกรัมต่อวัน

4. ตับอ่อน (Pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนสำคัญ คือ อินซูลิน (Insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้

ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

2.2.9 ความเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์

2.2.9.1 ระบบสืบพันธุ์เพศชาย ประกอบด้วยอัณฑะ (Testis) ท่อนำน้ำอสุจิ (Ductus Deferens) ถุงเก็บน้ำอสุจิ (Seminal Vesicle) ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) และองคชาติ (Penis)

1. อัณฑะ มีหน้าที่สร้างเชื้ออสุจิ (Sperm) และฮอร์โมนเพศชาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก พบว่า คนที่อายุ 60-68 ปี เชื้ออสุจิที่หลังออกมาแต่ครั้งมีจำนวนเท่ากับคนอายุ 24-37 ปี แต่การเคลื่อนไหวลดน้อยลงเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย การสร้างเชื้ออสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลงกว่าคนอายุน้อย และยังพบว่าคนสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุจะมีความถี่ในการร่วมเพศลดลงทำให้จำนวนอสุจิ (Sperm Count) เพิ่มขึ้น และปริมาณน้ำอสุจิในการร่วมเพศแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของอสุจิจะลดลง แต่ความสามารถในการผสมกับไข่ยังไม่เปลี่ยนแปลง ในการสร้างฮอร์โมน พบว่า Testosterone มีการสร้างน้อยลง ทำให้ระดับ Testosterone ในเลือดลดลง เชื่อว่า Testosterone ในผู้สูงอายุจะลดลง ส่วนระดับเอสโตรเจนในพลาสมา ทั้งรูป free และ Bound Fraction มีมากขึ้น

2. ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) มีหน้าที่หลังเอนไซม์ เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป Collagen จะมาแทนที่ Columnar Cell โดยทั่วไปเมื่อชายอายุมากขึ้น ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น

3. ถุงเก็บน้ำอสุจิ ความจุจะมีขนาดเล็กลงจาก 5 มิลลิลิตร เมื่ออายุ 60 ปี จะเหลือเพียง 2.2 มิลลิลิตร เมื่ออายุ 80 ปี ผู้สูงอายุบางคนจึงไม่มีน้ำอสุจิมากเหมือนเมื่อยังหนุ่ม

4. องคชาติ (Penis) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

2.2.9.2 ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง ประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพจากภายนอกเข้าไปสู่ภายใน ได้แก่ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Valva) ช่องคลอด (Vagina) ปากมดลูก (Cervix) มดลูก (Uterus) ท่อนำไข่ (Fallopian Tube) และรังไข่ (Ovary) 2 ข้าง

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เมื่อสตรีเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไชมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่าง ๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง Cervical Canal แคบลง น้ำหลังจาก Endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดเล็กลง มี Fibrous และแคลเซียมเกาะ

สะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่าง ๆ ลดลง มีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น ท่อนำไข่จะมีเส้นผ่าศูนย์กลาง และความยาวลดลง เยื่อบุภายใน Celia จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อพังผืดมาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง Atretic Follicles จะค่อย ๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่

2. ประจำเดือน (Menstruation) เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลง โดยสตรีอายุ 15 ปี มีรอบเดือนประมาณ 35 วัน สตรีอายุ 30 ปี มีรอบเดือนประมาณ 30 วัน สตรีอายุ 35 ปี มีรอบเดือนประมาณ 28 วัน และเป็นเช่นนี้ไปจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปี ประจำเดือนจึงเริ่มขาด

3. การเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และ ประจำเดือน เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รังไข่จะฝ่อเล็กลง และหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

2.2.10 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าวุ่น หลงลืม วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคล

2.3 ภาวะสมองเสื่อม Dementia

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในเนื้อสมอง โดยมีอาการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และมีความผิดปกติในหน้าที่เนื้อสมองอื่นร่วมด้วย เช่น อาจมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract Thinking) ลดลง มีความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ และมีความผิดปกติอื่น ๆ ในหน้าที่ของสมองส่วนคอร์ติคัล (Higher Cortical Function) ร่วมด้วยไม่มากนัก โดยที่ความผิดปกติที่กล่าวมานี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540)

การเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง จะแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรง และรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540)

ในการศึกษาเรื่อง ภาวะสมองเสื่อม ผู้ศึกษาจะกล่าวถึง การจำแนกชนิดและสาเหตุของ ภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การรักษาผู้มี โรคสมองเสื่อม การพยากรณ์โรค ในผู้สูงอายุดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

2.3.1 การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

การจัดแบ่งชนิดหรือกลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อมทำได้หลายแบบดังนี้

2.3.1.1 การจำแนกตามสาเหตุการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Primary Dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่ง ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์, โรคพิกค์ โรคฮันติงตัน เป็นต้น
2. Secondary Dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทาง กายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อ ต่าง ๆ โรคทางเมตาโบลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น

2.3.1.2 การจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งแบ่งตามส่วนของสมองที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่

1. Cortical Dementia มักมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น อาการผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา สมาธิเสียไป ความจำเสื่อมทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำในอดีต เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก และทำ อะไรไม่ถูกขั้นตอน นอกจากนี้จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทาง ความสามารถในการทำงาน การแต่งตัวเสียไป และไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจ ระวังอารมณ์ไม่อยู่ ในระยะท้ายของโรค อาจมีความผิดปกติของการเดิน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ พุดไม่ชัดหรือพุดไม่ได้และมีความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซ เมอร์ โรคพิกค์
2. Subcortical Dementia จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ ค่อนข้างกระจัดกระจายกว่า Cortical Dementia และการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมอง มักจะไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มักจะแสดงออกมาในรูปของการกระทำที่เชื่องช้าลง ความคิดความอ่าน ไม่จับใจ ความตั้งใจลดลง หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่พบบ่อยมากที่สุดคือ อาการซึมเศร้า ขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลักษณะที่เด่นมากในสมองเสื่อมชนิดนี้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (Bradykinesia) พุดช้าลง พุดไม่ชัด (Dysarthria) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวบิดไปบิดมาโดยควบคุมไม่ได้

(Choreoathetosis) และความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาทในระยะแรก ๆ ของโรค ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Normal Pressure Hydrocephalus) เป็นต้น

2.3.1.3 การจำแนกตามสาเหตุการเกิดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้จำแนกภาวะสมองเสื่อมตามสาเหตุการเกิดไว้ดังนี้

1. สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
2. สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง
3. สมองเสื่อมจากโรคติดเชื้อ เอชไอวี
4. สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บทางศีรษะ
5. สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน
6. สมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน
7. สมองเสื่อมจากโรคพิกค์
8. สมองเสื่อมจากโรคครอยท์เฟลท์-เจคอบ (Creutzfeldt-Jakob Disease)
9. สมองเสื่อมที่เกิดจากยารชนิดต่าง ๆ
10. สมองเสื่อมจากสารหรือวัตถุต่าง ๆ
11. สมองเสื่อมจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน
12. สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ

สาเหตุของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้มากที่สุดร้อยละ 50-60 แต่บางรายงานพบได้ถึงร้อยละ 70 รองลงมา คือ สาเหตุจากหลอดเลือดพบได้ ร้อยละ 10-30 นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เมื่อผ่าศพพิสูจน์แล้วพบว่าประมาณ ร้อยละ 15-20 จะมีสาเหตุร่วมกันของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งรายละเอียดของสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภท มีดังนี้

1. Dementia of the Alzheimer' s Type : DAT จะมีลักษณะอาการดังนี้

1. การสูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกรายในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้ป่วยลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคน ลืมการนัดหมาย ต่อมาจะสูญเสียความจำระยะยาว ลืมเรื่องต่าง ๆ ในอดีต

2. การสูญเสียความสามารถทางภาษา ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าปากในการค้นหาคำพูด ไม่สามารถเขียนถ่ายทอดความคิดของตนเอง ไม่เข้าใจทางด้านวรรณศิลป์ จนในที่สุดจะไม่สามารถพูดได้

3. มีความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยที่กำลังบ้าเนื้อยังปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าปากในการทำงานที่ซับซ้อน

4. สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ไม่รู้จักสิ่งของและคนรอบข้าง และในระยะท้ายผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงความรัก ไม่ว่าจะรักผู้อื่น หรือร่างกายของตนเอง

จากการสูญเสียในลักษณะต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กระวนกระวาย ประสาทหลอน และในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยมักกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และบางรายมีการชักเกร็ง ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-20 ในระยะแรกของอาการสมองเสื่อม ระยะเวลาในการดำเนินโรค 2-20 ปี เฉลี่ยประมาณ 10 ปี และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คือ อายุที่สูงขึ้น ประวัติการหลงลืมในครอบครัวซึ่งอาจมีสาเหตุจากด้านพันธุกรรม และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

2. Vascular Dementia

ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ที่พบได้บ่อย คือ สมองเสื่อมจากการตายของเนื้อสมองในหลาย ๆ ส่วนของสมอง (Multi - Infarct Dementia : MID) ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการตายของ เนื้อสมอง จากการศึกษาย้อนหลังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและปริมาณรวมทั้งหมดของเนื้อสมองที่ตาย ซึ่งสมองเสื่อมจะเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่สมองถูกทำลายไปมากกว่า 100 มิลลิเมตร

ลักษณะอาการจะเริ่มเป็นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด และมีการเสื่อมลงเป็นลำดับขั้น อาการความเสื่อมที่สังเกตพบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการและอาการแสดงของระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น ความลำบากในการพูด การอ่อนแรงของแขน ขา การเป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประวัติความดันโลหิตสูง สโตรค เบาหวาน หัวใจเต้นผิดปกติ และโรคของหลอดเลือดสมอง และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการมีระดับไขมันในเลือดสูง ส่วนอาการแสดงของความบกพร่องทางปัญญา คือ อาการของความผิดปกติในการพูด การเสื่อมของเชาวน์ปัญญา ความจำบกพร่อง ความสนใจตั้งใจลดน้อยลง และอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ร้อยละ 60 และยังอาจพบอาการหลงผิดหวาดระแวง (Delusions) ร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง มักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-8 ปี หลังการวินิจฉัย

2.3.2 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ในการจำแนกระดับความรุนแรง จะต้องพิจารณาจำนวนและความรุนแรงของอาการที่เป็นและผลกระทบที่ติดตามมา ในแง่กิจกรรมการงานหรือด้านสังคม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ การจำแนกความรุนแรงของอาการเป็นระดับต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมไว้ได้ 3 ระดับ คือ

2.3.2.1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ

ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน และด้านสังคมอย่างเด่นชัดแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

2.3.2.2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับ เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

2.3.2.3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค

มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสนไม่รู้เวลาสถานที่หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้าไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการดูแลตลอดเวลา

2.3.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการและอาการแสดงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.3.3.1 ด้านปัญญา (Cognition) อาการที่ปรากฏเริ่มแรกและเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุดคือ ความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ เช่น ลืมการนัดหมาย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและการเรียกชื่ออย่างทันทีทันใด มีความบกพร่องในเรื่องความจำด้านสถานที่และเวลา และมีสมาธิบกพร่อง ในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะยิ่งมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ความจำในเรื่องเก่า ๆ ที่เคยจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน มีความผิดปกติของการใช้ภาษา การรับรู้ สูญเสียความคิดในเชิงนามธรรม ไม่สามารถบอกเหตุผลหรือแนวคิดต่าง ๆ ได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดระบบการทำงานที่ซับซ้อนได้

2.3.3.2 ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้หลายอย่าง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) ซึ่งในชุมชนจะพบผู้ที่สมองเสื่อม ร้อยละ 31 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉลี่ย 1- 3 ครั้ง/สัปดาห์ บางรายอาจจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง อาจมีอาการวุ่นวาย (Agitation) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 55 อาจเดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมาย และหาทางกลับไม่ได้ (Wandering) พบได้ ร้อยละ 12 และพบว่าเกือบร้อยละ 90 ที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอาจเฉยเมยไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมักแสดงออกถึงความผิดปกติทางกาย เช่น มีปัญหาในการนอน อาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม การสูญเสียความอยากอาหาร สิวว่าหิว ประกอบกับการมีแผลในช่องปากและฟัน ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้ไม่รับประทานอาหารเช้าส่งผลให้น้ำหนักลดขาดสารอาหารหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความรุนแรงของโรค และเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องรับให้ความดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นภาระที่หนักหน่วงและก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้ดูแล

2.3.3.3 ด้านอารมณ์และอาการทางจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความผิดปกติทางจิตเวช มักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญาความเฉลียวฉลาดและด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 67 มีอาการซึมเศร้า ซึ่งพบอาการนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 17-40 ส่วนอาการทางจิตเวชนั้นมักจะพบอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงและประสาทหลอน โดยมีรายงานผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ร้อยละ 43 เคยมีอาการหลงผิด (Delusions) และร้อยละ 23.5 เคยมีอาการประสาทหลอน (Hallucinations)

2.3.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน ทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association : APA) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมไว้ใน DSMV-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) ซึ่งเกณฑ์นี้จะเน้นถึงอาการสมองเสื่อมที่เป็นโรคทางกาย และที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบกระจัดกระจาย โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้

ก. มีความบกพร่องของการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับสติปัญญา ความเฉลียวฉลาดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่

1. ความบกพร่อง หรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และ

จดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต อาจจะลืมของที่สำคัญ เช่น กระเป๋าสตางค์ กุญแจ ลืมอาหารที่กำลังปรุงค้ำไว้บนเตา ลืมเพื่อนบ้านที่ไม่ค่อยสนิทคุ้นเคย ในระยะต่อมากการสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นจนลืมอาชีพการงานของตน ลืมประวัติการศึกษา วันเกิด สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจจะลืมแม้กระทั่งชื่อของตนเอง

2. มีความผิดปกติในด้านปัญญาอย่างน้อย 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

2.1 มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อมวกวน อาจไม่เข้าใจคำพูดของตน สับสนในการเขียนภาษา และพูดจาซ้ำซาก ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนพูดไม่ได้ หรือรูปแบบของคำพูดผิดปกติเช่น พูดตามเสียงที่ได้ยิน (Echolalia) เปล่งเสียงหรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ (Palilalia)

2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่การรับรู้ความเข้าใจและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อยังเป็นปกติ (Apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้แม้จะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การหวีผม การโบกมือเพื่อรำลา เป็นต้น ความบกพร่องด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบอาหาร การแต่งตัว และไม่สามารถวาดรูปต่าง ๆ ได้

2.3 ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ แม้จะมีประสาทสัมผัสรับรู้ที่ปกติ (Agnosia) คือผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้ยิน แต่ไม่สามารถรับรู้หรือจำแนกได้ว่าเป็นอะไร เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าสิ่งนั้นคือ แก้ว ดินสอ เป็นต้น ในระยะต่อมาผู้ป่วยอาจจะจำสมาชิกในครอบครัวของตนไม่ได้ หรือแม้กระทั่งไม่สามารถจำเงาสะท้อนของตนเองจากกระจกได้ ในทำนองเดียวกันในขณะที่ประสาทสัมผัสทางผิวหนังเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า วัตถุที่กำลังถือไว้ในมือเป็นอะไร เช่น เป็นเหรียญ หรือกุญแจ

2.4 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะเกี่ยวกับความผิดปกติของสมองส่วน Frontal Lobe หรือเกี่ยวกับ Subcortical Pathway การทำหน้าที่ที่ซับซ้อนจะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเรียงลำดับ การติดตามตรวจสอบ และการหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวนี้จะแสดงออกโดยการที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการเผชิญกับงานที่แปลกใหม่ และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ซึ่งมีการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลใหม่ ๆ และซับซ้อน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนถึงความสามารถที่ลดลงและส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจวัตรหน้าที่ประจำวัน

ข. เกณฑ์อาการแสดงในข้อ ก. จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ หรือการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำงานต่าง ๆ การดูแลด้านการเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น และความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากระดับเดิมอย่างชัดเจน

จากเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น หากพบอาการแสดงของข้อ ก. และ ข. ปรากฏอยู่ในระยะเพื่อสับสน (Delirium) แล้ว จะไม่วินิจฉัยว่าผู้นั้นมีภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วอาจจะพบภาวะเพื่อสับสนร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัวร่วมด้วยเสมอ

และในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม มีรายละเอียดดังนี้

2.3.4.1 แนวทางการตรวจวินิจฉัยอาการสมองเสื่อม

ขั้นตอนในการวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมนั้น ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมากก็สามารถอาศัยลักษณะอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ของการวินิจฉัย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในขั้นตอนแรก ควรคัดกรองดูว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ สำหรับวิธีการคัดกรองมีได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบประเมินเปรียบเทียบผลการทดสอบความจำและการรู้คิดเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง โดยแบบทดสอบที่นิยมใช้คือ The Mini – Mental Status Examination (MMSE), Clinical Dementia (CDR), The Blessed Information – Memory – Concentration : (IMC)

จากการใช้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้เป็นเพียงขั้นตอนเริ่มต้นเท่านั้น ในการวินิจฉัยขั้นตอนต่อไปจำเป็นต้องอาศัยการประเมินในด้านต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาทและทางจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องยิ่งขึ้น อันจะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาต่อไป

2.3.4.2 การตรวจหาสาเหตุของอาการสมองเสื่อม

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีสาเหตุการเกิดได้หลายสาเหตุ ในการตรวจหาสาเหตุนั้น ควรจะใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน ซึ่งนอกจากการตรวจตามอาการและอาการแสดงแล้ว ยังมีการตรวจขั้นพื้นฐานซึ่งควรจะต้องตรวจในผู้ป่วยทุกราย คือ การตรวจเลือดและเคมีทางเลือด ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด อิเล็กโทรลไลต์ น้ำตาลในเลือด ครีเอตินิน ยูเรีย บิลิรูบิน ซีฟิไลส การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ วิตามินบี 12 และโฟเลท เป็นต้น การตรวจอื่น ๆ นั้นจะทำเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น เช่น การตรวจสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด การตรวจหาระดับยาและสารพิษต่าง ๆ เป็นต้น

ในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพื้นฐานต่าง ๆ ถ้าทราบสาเหตุของอาการสมองเสื่อมก็อาจให้การรักษา และติดตามผลการรักษาไปได้เลย ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

หรือไม่สงสัยการวินิจฉัย ก็อาจไม่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติม แต่ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหรือมีความสงสัย การวินิจฉัยก็อาจทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาโรค หรือดูการทำงานของสมองที่ผิดปกติตาม วัตถุประสงค์ของการตรวจ

2.3.4.3 การวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการคล้ายกลุ่มอาการสมองเสื่อม อาจจะเป็นโรคหรือภาวะความผิดปกติ ที่แตกต่างกันออกไป จำเป็นที่จะต้องแยกภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ เนื่องจากสาเหตุและการรักษาจะ แตกต่างกัน

1. การหลงลืม (Amnesia) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องอย่างมากในความจำระยะสั้นและ ระยะยาว โดยมีข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่บ่งชี้ถึงพยาธิ สภาพซึ่งเป็นสาเหตุของความจำเสื่อม แต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการที่แสดงถึงความบกพร่องในความคิด เจริญนามธรรม การตัดสินใจและความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองส่วน Cortical และ บุคลิกภาพจะไม่เปลี่ยนแปลง

2. อาการเพ้อสับสน (Delirium) เป็นภาวะสับสน โดยมีความตั้งใจ สติลดลง เนื้อหา ความคิดผิดปกติ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้แปรปรวน เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอาการนอนไม่หลับ อาจไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำบกพร่อง ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวมักจะ เกิดขึ้นเร็ว และอาการมักไม่คงที่ ระยะเวลาที่มีอาการจะสั้น ซึ่งต่างจากภาวะสมองเสื่อมที่มี อาการจะเริ่มอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เสื่อมลง ส่วนความรู้สึกตัวจะยังคงปกติ

3. การสูงอายุปกติ (Normal Aging) ผู้สูงอายุทั่วไปอาจมีอาการหลงลืม และมีการเรียนรู้ ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ช้าไปบ้าง แต่เมื่อติดตามจะไม่พบว่าอาการเหล่านี้เสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ และ ไม่พบอาการของการทำหน้าที่ของสมองขั้นสูงที่ผิดปกติ นอกจากนี้อาการหลงลืมดังกล่าวจะไม่ส่งผล กระทบที่รุนแรงต่อสังคมและการงานของบุคคลผู้นั้น การทดสอบทางจิตวิทยา เช่น ทดสอบด้วย Mini-mental State Examination จะได้ผลคะแนนที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตามในบางครั้งเป็นการ ลำบากที่จะแยกแยะระหว่างการสูงอายุปกติกับภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ดังนั้น การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และการติดตามอาการต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการแสดงคล้ายกับ อาการ ภาวะสมองเสื่อมเช่นความจำ สติ การใช้สติปัญญาลดลงเนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความ สนใจ ความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีความเปลี่ยนแปลงในการเบื่ออาหาร การ นอน และมีอาการแสดงทางกายมากขึ้น เมื่อตรวจทางระบบประสาท - จิตวิทยา จะได้ระดับ คะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งจะคล้ายกับภาวะสมองเสื่อม จึงเรียกภาวะนี้ว่า "Pseudodementia" หรือ "The Dementia Syndrome Of Depression" และนอกจากนี้ พบว่า ผู้มีภาวะสมองเสื่อม

อาจจะมีการประเมินร่วมกับด้วย แนวทางในการแยกภาวะดังกล่าว คือ Pseudodementia จะมีระยะเวลาที่เริ่มเป็นชัดเจนกว่า การวินิจฉัยโรคเร็วกว่า ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์ คือ มีความเศร้าหมอง และอาจมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ภาวะซึมเศร้านี้จะตอบสนองด้วยยาต้านความซึมเศร้าค่อนข้างดี ดังนั้น หากทดลองให้ยาต้านความซึมเศร้าในผู้ป่วย pseudodementia แล้วอาการแสดงทางคลินิกของสมองเสื่อมจะดีขึ้น นอกจากนี้อาจใช้ Depression Scale ต่างๆ เช่น Geriatric Depression Scale มาใช้ในการแยกผู้ป่วย

5. โรคจิตเภท (Schizophrenia) ในผู้ป่วยเรื้อรังอาจพบความเสี่ยงของสติปัญญาและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งจะไม่พบพยาธิสภาพในสมอง และโรคจิตเภทจะมีลักษณะของอาการทางจิตที่เฉพาะเจาะจง อายุที่เริ่มเป็นจะน้อยกว่าในภาวะสมองเสื่อม และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของการรับรู้จะไม่รุนแรงเท่าในภาวะสมองเสื่อม

6. อาการหลงผิด ประสาทหลอนและหวาดระแวง (Delusion, Hallucination, Paranoid) เป็นอาการโรคจิตที่พบได้ในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากโรคทางจิตเวชหรือเกิดจากการขาดสิ่งกระตุ้นจากการมีประสาทสัมผัสเช่น ตามองไม่เห็นจากสาเหตุต่าง ๆ การได้ยินลดลง หรือการที่ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่โดยลำพังโดยไม่ได้สังคมกับผู้อื่น นอกจากนี้อาการทางโรคจิตยังอาจเกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น

2.3.5 แบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบัน มีการนำแบบทดสอบสภาพจิตมาใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมหลายแบบทดสอบ แต่ที่นิยมใช้และได้มีผู้นำมาศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศไทย (กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2540 ; บรรลุศิริพานิช. 2542 ; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542) ได้แก่

2.3.5.1 แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination : MMSE) สร้างขึ้นโดย Folstein และคณะ เป็นแบบคัดกรองในการตรวจหาความบกพร่องของสมองในการทำหน้าที่ทางปัญญา ในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ ด้านความจำ ด้านความสนใจ ตั้งใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพ โครงสร้างด้วยตา ประกอบด้วย 19 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ได้จุดตัดที่น้อยกว่า 24 คะแนน ซึ่ง Folstein ได้นำแบบทดสอบ MMSE ไปทดลองใช้ พบว่า สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มผู้ป่วยเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางปัญญา และกลุ่มซึมเศร้าออกจากกันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุบัน MMSE ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินผู้สูงอายุ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วางแผนการดูแลในแต่ละด้านที่บกพร่อง ตลอดจนติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกันได้ง่ายขึ้น การใช้จุดตัดของคะแนนจะใช้แตกต่างกันไปในแต่ละสถานที่การศึกษา เช่น ในประเทศแถบเอเชีย จะใช้จุดตัดที่ค่อนข้างต่ำ หรือใช้จุดตัดตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการศึกษา

MMSE สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมจากผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการสมองเสื่อมได้ ซึ่งในรายงานวิจัยต่าง ๆ มักจะใช้จุดตัดที่คะแนน 23 คะแนน เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการวิจัยในประเทศไทยได้ค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Folstein มาก แต่ปัญหาที่พบ คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับอายุ และเพศ และพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนในเขตกรุงเทพฯ มีความบกพร่องในการทำงานของสมองประมาณ ร้อยละ 6.36 (ชุตินา สืบวงศ์ลี, 2544) และสำหรับในประเทศไทย ได้มีการแปล MMSE พร้อมทั้งปรับและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น การไม่รู้หนังสือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อคะแนน MMSE โดยเฉพาะในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสืออยู่เป็นจำนวนมาก แบบทดสอบ MMSE บางข้อจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการอ่านและเขียน ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาจะทำคะแนนในส่วนนี้ได้ น้อย เช่น การทดสอบด้านภาษา ความใส่ใจ การระลึกได้ และการลอกรูปภาพ นอกจากนี้ ลักษณะสังคม การข้ามวัฒนธรรม และอายุ อาจทำให้ความความไวของแบบทดสอบลดลง

2.3.5.2 แบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (Clinical Dementia Rating ; CDR) อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คุชภักดี ได้แปลเป็นแบบประเมินอาการสมองเสื่อมเมื่อปี พ.ศ. 2534 ซึ่งสร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1982 โดย Hughes และคณะ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินในการช่วยวินิจฉัยและติดตามการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในภาพรวมของแบบทดสอบนี้จะครอบคลุมเรื่องใหญ่ ๆ 2 เรื่อง คือ ส่วนที่เป็นความจำ และส่วนที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมอาการสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM-III-R ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ ความจำ การรับรู้เวลาและสถานที่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา เรื่องของสังคม บ้านและงานอดิเรก และการดูแลตนเอง โดยในแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอาการ 5 ระดับ ตั้งแต่อาการปกติจนถึงกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ในการทดสอบจะใช้วิธีสัมภาษณ์พูดคุยทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิด ในเรื่องทั่ว ๆ ไป โดยผู้ทดสอบเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด หลังจากนั้นได้ศึกษาเพื่อทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) และแบบทดสอบสภาพจิตแบบย่อ MMSE โดยได้ทดสอบกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า CDR ฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ และอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยได้ โดยใช้ CDR ช่วยวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับ MMSE เพื่อเป็นการยืนยันซึ่งกันและกัน

2.3.5.3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai mental state examination : TMSE) เป็นแบบทดสอบคัดกรอง ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของชาวไทย โดยอาศัยพื้นฐานการคิดมาจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) ขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แตกต่างกับแบบทดสอบแบบย่อโดย แบบทดสอบประกอบด้วยส่วนทดสอบย่อย 6 ส่วนเหมือนกัน คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ด้านภาษา การระลึกได้ แต่หลักเกณฑ์การให้คะแนนและคำถามย่อยในแต่ละแบบทดสอบย่อยนั้น จะแตกต่างกันไปในรายละเอียด สำหรับคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้ง 2 ชนิด มีคะแนนเท่ากัน คือ 30 คะแนน ในการสร้าง TMSE นี้ รายละเอียดของคำถาม และวิธีสร้างได้พัฒนาขึ้นมาตามความเหมาะสมกับสถานภาพการศึกษา และวัฒนธรรมของประชนไทย โดยเฉลี่ยทั่ว ๆ ไปนิยมนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลาย (มานิช ทับมณี. 2541 ; สามารถ นิธินนท์. 2540)

2.3.6 การรักษาผู้มีโรคสมองเสื่อม

การรักษาผู้มีโรคสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น

2.3.6.1 การรักษาสาเหตุ ในภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคทางกาย โรคอื่น ๆ หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดสมองเสื่อมนั้นสามารถรักษาให้หายได้ หรือหยุดยั้งไม่ให้โรคเป็นมากขึ้นได้โดยการรักษาสาเหตุดังกล่าว

2.3.6.2 การรักษาตามอาการ เป็นหัวใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะใน Primary Dementia การรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งจากผู้ป่วยเอง ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองโดยทั่วไป ทำให้การติดต่อกับผู้อื่นลำบาก หรืออาจติดต่อไม่ได้เลย การรักษาตามอาการจึงจำเป็นต้องพยายามหาข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเองให้ได้มากที่สุด และด้วยความพยายามและใจเย็น นอกจากนี้ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเองจะช่วยให้ทราบได้ถึงความต้องการและความผิดปกติของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การรักษาตามอาการนี้ควรใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาที่มีผลต่อจิตประสาทหรือสมองให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพราะยาเหล่านี้อาจทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงได้

2.3.6.3 การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลง เช่น การป้องกันโรคทางกายอื่น ๆ เพราะผู้สูงอายุมักไวต่อการเกิดโรคซึ่งจะทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลงได้ เช่น โรคติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดอาหาร เบาหวาน และโรคทางต่อมไร้ท่อ โรคเหล่านี้ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการชัดเจนและผู้ป่วยสมองเสื่อมเองก็อาจจะไม่สามารถบอกอาการได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม หรืออาการทางกายอื่น ๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องตรวจหาโรคทางกายภาพและสาเหตุชักนำต่าง ๆ เสมอ นอกจากนี้ควรระวังอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 58.4 ต่อ ปี และการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2.3.6.4 การใช้ยารักษาภาวะสมองเสื่อม ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีความพยายามนำยาต่าง ๆ มารักษาอาการสมองเสื่อม โดยมีแนวทางเพื่อมุ่งที่จะรักษาตามกลไกการเปลี่ยนแปลงที่พบในอาการของสมองเสื่อม ซึ่งยาเหล่านี้มีมากมายหลายตัว อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ เช่น Cerebro - Active Drugs, Nootropic Drugs, Cerebral Vasodilator Neurotransmitter เป็นต้น ซึ่งการรักษายังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร และไม่อาจสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากไม่ทราบกลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่แน่นอน ดังนั้นยาที่ใช้ส่วนใหญ่จึงมุ่งที่จะรักษาตามสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในการใช้ยาต่าง ๆ จำเป็นจะต้องเพิ่มระดับยาช้า ๆ จนกระทั่งควบคุมอาการต่าง ๆ ได้และให้ยาต่อไปเรื่อย ๆ ดังนั้นจึงต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาอยู่เสมอ

นอกจากนี้ควรมีการฟื้นฟูสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งนอกจากจะช่วยในส่วนของความเสื่อมจากภาวะชราภาพแล้ว อาจช่วยให้ความพิการจากภาวะสมองเสื่อมลดน้อยลง หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2.3.7 การพยากรณ์โรค

ในการพยากรณ์โรคของภาวะสมองเสื่อมนั้น ขึ้นอยู่กับการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เป็น ถ้าสามารถค้นหาได้ และสาเหตุนั้นเป็นสาเหตุที่รักษาได้ การพยากรณ์โรคก็จะดี ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็ว เพื่อรักษา ป้องกันการดำเนินของโรค และอาจหยุดยั้งสมองเสื่อมไม่ให้เลวลง หรือทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5-15 ที่ฟื้นฟูได้ แต่ถ้าหากภาวะสมองเสื่อมมาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ อาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในการให้ยารักษา มักจะเน้นการรักษาตามภาพอาการ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและการยอมรับของญาติ จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนอย่างมากในการพยากรณ์โรคในระยะยาว

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเสียชีวิต มักเกิดจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การขาดน้ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่แผลกดทับ ตลอดจนการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวหรือคนอื่น ๆ การดูแลที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ในสหสาขาต่าง ๆ พยาบาลทำหน้าที่ในการประเมิน วางแผน ประสานการดูแล และประเมินผลการดูแลโดยมีสัมพันธภาพระยะยาวกับผู้ป่วย ครอบครัวด้วยเป้าหมายหลักเพื่อการรักษาหน้าที่ของสมองให้คงอยู่มากที่สุด และการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ (กัมมันต์. 2536 ; Birchenall. 1993 ; Miller. 1999 ; Davies.1999 อ้างในสิริวรรณ อุณนาภิรักษ์. 2547) ได้แก่

2.4.1 จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะกับผู้ป่วย

(SafeAndSecureEnvironment) โดย

1. เก็บของที่เป็นอันตรายใส่ถุงผูกหรือไว้บนที่สูงที่ผู้ป่วยหยิบไม่ได้
2. เครื่องแต่งบ้านต้องเรียบง่าย น้อยชิ้น และไม่ย้ายที่
3. ใช้สีสดใส ชัดเจน ในส่วนของพื้นต่างระดับ บันได ประตู ที่นั่งขับถ่าย
4. ส่วนที่เป็นทางเดิน ติดแถบสีเรืองแสง ไม่มีของกีดขวาง
5. มีราวเกาะตามทางเดิน
6. พื้นไม่ลื่นและไม่มันวาว
7. ประตูและหน้าต่างที่ไม่มีส่วนประกอบของกระจกเพราะอาจแตก และเกิดอันตราย
8. ติดไฟให้เหมาะกับกิจกรรมไม่จ้าเกินไป
9. แขนงกระดิ่งไว้ที่ประตู เพื่อผู้ดูแลจะได้ทราบเมื่อผู้ป่วยเปิดประตูออกจากบ้าน
10. ประตูห้องต่าง ๆ มีภาพเฉพาะแสดงลักษณะห้อง : ห้องอาหาร ห้องน้ำ
11. ห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป
12. ประตูหน้าบ้านต้องปิดสนิท
13. จัดบริเวณบ้านให้ปลอดภัยสำหรับนั่งหรือเดิน

2.4.2 ให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality Orientation) ให้มากที่สุด ฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานหรือยัง รู้สภาพอากาศ อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงอดีตเพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลับที่สุดโดย

1. ดิฉนาพกาท่มีตัวเลขนขนาดใหญและชัดเจน
2. ดิฉปฏททนแสดง วัน เดือน ปี
3. ดิฉกระดานแสดง : วัน วันที่ เดือน ปี : ลักษณะอากาศ : กิจกรรมนันทนาการ
4. หน้าห้องผู้ป่วย ให้เขียนชื่อผู้ป่วยด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่พร้อมดิฉรูปผู้ป่วย
5. เขียนชื่อผู้ป่วยที่ขอใช้ประจำตัว
6. แชนวนป้ายชื่อบุตร คนในครอบครัว ในห้องผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นความจำ
7. มีแฟ้มแสดงรูปพร้อมชื่อของญาติ เพื่อน หรือสถานที่ผู้ป่วยสนใจ นำมาพูดคุยกับผู้ป่วย
8. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย ระบุนโรค ชื่อ ที่อยู่ และโทรศัพท์ของผู้ป่วย เพื่อกรณีพลัดหลง
9. พูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องประสบการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยสนใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เงิน สภาพดิฉนฟ้าอากาศ เป็นต้น
10. นำเพลงในอดีตมาเปิดให้ฟังหรือชวนร้องเพลงเก่า ๆ ที่ผู้ป่วยชอบ
11. อ่านหนังสือที่ผู้ป่วยสนใจให้ฟัง

2.4.3 แก่ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

จากการศึกษา พบว่า พยาธิสภาพทางจิต จะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความบกพร่อง ด้านสติปัญญา ผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ขั้นไม่รุนแรงร้อยละ 52 มีปัญหาทางจิตเวช 1 ปัญหา และผู้ป่วยอีกร้อยละ 32 มีปัญหา 2 ปัญหาหรือมากกว่า ในกลุ่มผู้ป่วยขั้นรุนแรงอย่างน้อยผู้ป่วยร้อยละ 80 มีปัญหาด้านจิตเวช 1 ปัญหาและมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหา 2 ปัญหาหรือมากกว่า ส่วนอาการโรคจิตจะพบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ (Wragg & Jeste. 1989 อ้างถึงในลิฉวรรณ อุณาภิรัช. 2547) ซึ่งในกลุ่มสมองเลื่อมจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองจะไม่ค่อยพบอาการโรคจิต อาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่จะพบได้ดังนี้

2.4.3.1 อาการตื่นดิฉน วุ่นวาย (Agitation) เป็นอาการที่พบได้มากถึง ร้อยละ 85 (Jeste & Krull. 1991อ้างถึงในลิฉวรรณ อุณาภิรัช. 2547) ของผู้ป่วยสมองเลื่อม มีเหตุเสริมจากความอ่อนเพลีย ได้รับความกระตุ้นทั้งร่างกายและจิตใจมากเกินไป ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการ รู้สึกไม่มีคนช่วย วิดกกังวล หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดไป โกรธแสดงออกในลักษณะก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น กระสับกระส่าย บ่น จู้จี้ ทำซ้ำซาก เดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น ถอนหายใจ ร้องคราง ร้องไห้ เป็นต้น ผู้ดูแลควรปรับสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย ลดสิ่งกระตุ้น ประเมินว่าจะอะไรเป็น

สิ่งกระตุ้น พยายามเบี่ยงเบน ไม่แสดงอาการต่อต้าน พากออกไปจากสถานการณ์นั้น ผู้ดูแลที่มีท่าทีสงบ ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล สัมผัส ให้ความมั่นใจ

2.4.3.2 Sundowning เป็นปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเย็น เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเหนื่อยมาทั้งวัน และความสามารถในการปรับต่อความเครียดลดลงในช่วงเวลาเย็น เพราะแสงสว่างลดลง การมองเห็นไม่ชัดเจน เสริมจากที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็นอยู่แล้ว จึงทำให้สับสนมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น รุนแรงก้าวร้าว บีบบมือกันแน่น อาจเดินหลงออกไปนอกสถานที่ แก้ไขโดยจัดกิจกรรมในช่วงเช้า เพื่อให้พักผ่อนมากขึ้นในช่วงเย็น ลดสิ่งกระตุ้น จัดกิจกรรมที่ช่วยให้สบายและสงบ เช่น การฟังเพลง ผู้ดูแลเฝ้าอยู่ด้วยในช่วงเย็น เปิดไฟก่อนมืด และเพิ่มแสงสว่างมากขึ้น รวมทั้งใช้ไฟกลางคืนขณะนอน

2.4.3.3 เดินออกจากบ้านและหลงทาง (Wandering) เชื่อว่าอาจเป็นผลจากความรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกหนาวเมื่อไม่ทราบว่ามีน้ำอยู่ที่ใด ต้องการหาใครบางคน การถูกเข้ามากเกินไป วิตกกังวล เบื่อหน่าย รู้สึกกลัว และพยายามหนีหรือจะไปทำงาน อาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมนี้ ผู้ดูแลควรปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เฝ้าดูแลใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการผูกมัด ทำป้ายติดตัวผู้ป่วย ระบุชื่อ ที่อยู่ และโรคของผู้ป่วย แจ้งให้เพื่อนบ้านหรือตำรวจทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สังเกตสาเหตุที่เป็นเหตุและหาวิธีช่วยเหลือ จัดให้ทำกิจกรรมและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ขณะไปพบเมื่อเดินหลงทาง ควรเบี่ยงเบน และพากลับด้วยท่าทีสุ่มนวล ไม่บังคับ

2.4.3.4 หวาดระแวง / ซ่อนของ ขโมยของ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียความจำมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่มั่นใจในตัวเอง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ซ่อนของของตัวเองหรือหยิบของผู้อื่นมาซ่อน สะพายกระเป๋าซึ่งบรรจุของที่ชอบจำนวนมาก สะสมของต่าง ๆ เช่น กล้องหรือหนังสือพิมพ์ หยิบของจากที่หนึ่งไปซ่อนที่หนึ่ง กล่าวหาว่าคนในบ้านขโมยเงินของตน หรือขอเงินจากคนในบ้าน เมื่อผู้ป่วยถูกถามถึงของที่หายไปจะรู้สึกโกรธ เกลียดได้เถียง ไม่ยอมบอกที่ซ่อน และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมที่ซ่อนของ มีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจกลัว และวิตกกังวล ผู้ดูแลจึงควรเก็บสิ่งของที่สำคัญให้มิดชิด ไม่ให้ผู้ป่วยหยิบเองได้ หลีกเลี่ยงการอธิบายเหตุผลที่ได้เถียง ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย ควรมีของสำรอง เช่น กุญแจ แวนตา รวมทั้งได้สำรวจของในถังขยะที่ผู้ป่วยมักทิ้งของลงไป

2.4.3.5 แสดงพฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ได้แก่ ร้องเสียงดัง ทิ้งอาหาร ขว้างของ แสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่น เปลือย หรือสำเร็จความใคร่ (Masturbation) ในที่สาธารณะ การใช้คำพูด

หรือการรบกวนทางเพศ ส่วนใหญ่จะเกิดในระยะท้ายของโรค การแสดงพฤติกรรมทางเพศนี้ บางครั้งอาจไม่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้ป่วยอาจต้องการเข้าห้องน้ำ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้สิ่งที่ต้องการ วิตกกังวล ปวด นิว ปวดถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ผู้ดูแลจึงต้องหาสาเหตุที่แท้จริง แสดงให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยยังรับรู้ได้ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องส่วนตัวหรือแยกห่างจากคนอื่น ๆ เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ๆ ผู้ดูแลมีท่าทีสงบ เลี่ยงการผูกมัด พยายามเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวผู้ป่วย เช่น ให้คำชมเชย ช่วยแต่งหน้า ทำผม ให้ดูสวยงามขึ้น

2.4.3.6 Shadowing เป็นพฤติกรรม การติดผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลมาก จะถามคำถามซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรม / เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ตลอดเวลาเนื่องจากเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดตัดสินใจเองแม้แต่เรื่องง่าย ๆ

2.4.3.7 อาการจิตประสาทหลอน (Hallucination) ทางการมองเห็นและการได้ยิน ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดของการมองเห็น เป็นลักษณะไม่ซับซ้อน เช่น เห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลจากยา ใช้ การติดเชื่อ ผู้ดูแลควรแสดงการปกป้องดูแลให้ความมั่นใจ เพื่อให้สงบลง ไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล เพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจ

2.4.3.8 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิดไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท การดูแลขึ้นกับระยะของโรค ระยะแรกของโรค ควรจะบอกสิ่งที่เป็นจริงกับผู้ป่วย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นควรคล้อยตาม และพยายามแก้ไขพฤติกรรมที่ก่อความรำคาญ

2.4.3.9 พฤติกรรมต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือยา ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการอธิบายหรือให้เหตุผล และปรับวิธีการดูแล เช่น อาบน้ำโดยใช้ถังอาบน้ำแทนอาบจากฝักบัว ถ้าผู้ป่วยกลัวฝักบัว ให้อาหารเสริมแทน ผสมยาในเครื่องดื่มหรืออาหาร

2.4.3.10 พฤติกรรมการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและไม่นอน สิ่งที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแล คือ ผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินรบกวนย หรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ จากผลการวิจัยในผู้ป่วยสมองเสื่อมและแก่ปัญหานี้ได้ โดยดคาเฟอีนในเครื่องดื่ม ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ลดสิ่งกระตุ้นก่อนนอน และลดแสงไฟในขณะนอนหลับ (Davies. 1999 อ้างในลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. 2547)

2.4.3.11 พฤติกรรมการกินผิดปกติ มักพบในระยะโรครุนแรง ในลักษณะรับประทานไม่หยุด ผู้ป่วยจะร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานได้มากกว่าปกติ (Hyperorality) หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะปรับตัวต่อสิ่งใหม่ ๆ ยาก จะกลัว เก็บกด ไม่มั่นใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย จึงต้องจัดสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมให้มีการผ่อนคลาย และปรับเปลี่ยนตลอดเวลา (Flexibility & Adaptability) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายโดยพยาบาลและผู้ดูแล จำเป็นต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจว่าผู้ป่วยยังมีความเป็นตัวเอง ซึ่งส่วนนี้ขึ้นกับระยะของโรคบางครั้งผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้ โดยผู้ดูแลต้องบอกข้อมูลหรือทางเลือกวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีความปลอดภัยและไม่ต้องปรับตัวเองมาก สามารถกระทำโดย

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย สงบและปลอดภัย
- ลดสิ่งกระตุ้น เช่น การดูรายการโทรทัศน์ที่ไม่เหมาะสม อาจต้องเลือกรายการที่ไม่สร้างความรู้สึกมากเกินไป ให้ฟังเพลงเบา ๆ สบาย ๆ
- มีผู้ดูแลประจำ
- ผู้ดูแลควรมีความอดทน ท่าที่สงบ ใช้น้ำเสียงนุ่ม สุภาพ สัมผัส หรือจับมือแสดงการป้องกันดูแล ให้ความมั่นใจ เบี่ยงเบน ความสนใจขณะเกิดพฤติกรรมผิดปกติ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ไม่ใส่ใจกับพฤติกรรมที่ผิดปกติถ้าไม่เกิดอันตราย
- สังเกตพฤติกรรมที่เป็นเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ และหาวิธีช่วยเหลือป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ
- ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย
- หลีกเลี่ยงการผูกมัด (Restraint)
- มีตารางกิจกรรมประจำในช่วงเช้าถ้าจะเปลี่ยนควรแจ้งล่วงหน้า
- ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ ไม่เร่งรีบบอกทีละอย่างง่าย ๆ และควรชมเชยบ้าง
- เก็บสิ่งของที่สำคัญให้มีขีดไม่ให้ผู้ป่วยหยิบเองได้

2.4.4 คงสภาพสมดุลของผู้ป่วย ระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคม และสื่อสาร

ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามความสามารถ และความสนใจของผู้ป่วยมีกำหนดเวลาแน่นอน ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมั่นคงปลอดภัย กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1. การทำงานฝีมือ เช่น ถัก เย็บ ปั่น งานไม้
2. การทำงานศิลปะ เช่น วาดภาพ

3. ดูโทรทัศน์ ต้องเลือกให้เหมาะกับผู้ป่วย จะได้ข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งบันเทิงใจให้ได้พูดคุยเรื่อง
ที่ผู้ป่วยสนใจ

4. เดินเล่น

5. การออกกำลังกาย

6. การเล่นเกมส์ เลือกเกมส์ที่ง่าย ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย ให้ความเพลิดเพลิน อาจเป็นเกมส์
ของเด็ก ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความอดทนไม่คาดหวังผลสำเร็จ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจและไม่แสดงให้
ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ดูแลเห็นว่าเขาทำตัวเป็นเด็ก จนรู้สึกเสียศักดิ์ศรี

7. การเล่นหรือฟังดนตรี เต้นรำ ร้องเพลง

8. การช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน โดยสื่อต่างๆ

9. การพาออกนอกสถานที่ เช่น เดินเล่น ง่ายของ เทียวสาธารณะ ผู้ดูแลต้องเลือก
สถานที่ที่ไม่วุ่นวาย บรรยากาศสบาย ควรเป็นที่ที่เคยไป และต้องมั่นใจว่าจะควบคุมพฤติกรรม
ผู้ป่วยได้ ต้องระวังการพลัดหลงเป็นพิเศษควรมีบัตรประจำตัวผู้ป่วย ระบุโรคหรือปัญหาของผู้ป่วย
และสถานที่ติดต่อนำส่งไว้ในตัวผู้ป่วย

10. ให้สวดมนต์หรือร้องเพลงเกี่ยวกับศาสนาในผู้ป่วยที่ศรัทธาในทางศาสนา เนื่องจาก
การให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะเป็นปัญหาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี
อาการสับสนหรือสื่อภาษาลำบาก ผู้ดูแลควรเข้าใจและใช้วิธีการต่าง ๆ ต่อไปนี้

- สนใจ ตั้งใจฟัง สบตามผู้ป่วย
- สังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- พยายามประเมินสภาพอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการทางกาย จากคำพูด
ของผู้ป่วย

- พยายามเรียกความสนใจจากผู้ป่วย ก่อนจะเริ่มพูด

- ผู้ดูแลควรมีท่าทางสุ่ม ยิ้ม เข้าหาอย่างสุภาพ ช้า ๆ อาจร่วมกับการสัมผัส

- ใช้น้ำเสียงสุภาพ นุ่ม น้ำเสียงต่ำ

- เรียกชื่อที่ผู้ป่วยชอบให้เรียก

- ใช้คำพูดสั้นและง่าย พูดซ้ำ พูดสิ่งที่เป็นรูปธรรม ถามหรือสั่งครั้งละหนึ่งเรื่อง

- อาจใช้สื่อต่าง ๆ : รูป ท่าทาง บัตรคำ

- แสดงการยอมรับ ให้กำลังใจ ให้มีส่วนร่วมในปฏิสัมพันธ์ ไม่ปิดกั้น ให้เวลาในการ
รับฟัง ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วย

- พูดซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยบอก เพื่อยืนยันความถูกต้อง

- ลดเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

2.4.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุด

เพื่อรักษาควมมีคุณค่าของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จนถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้น และแนะนำผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบเดิม พูดซ้ำ ๆ ใช้คำพูดง่าย ๆ พูดซ้ำ ให้เวลาผู้ป่วยที่จะทำตามผู้ดูแลพยายามควบคุมอารมณ์ให้สงบ ช่วยเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำไม่ได้และให้คำชมเชยเมื่อทำสำเร็จ โดยต้องมีการปรับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ดังตัวอย่างปัญหาต่อไปนี้คือ (Roosevelt. 1995 ; อ้างถึงในลิวิรรณ อุณาภิรักษ์. 2547)

2.4.5.1 ปัญหาความจำเสื่อม ช่วยโดยกระตุ้นการรับรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองให้มากที่สุด ดังนี้

- ตีคณาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่
- ปฏิทินแสดงวัน วันที่ เดือน ปี และสิ่งที่มีนัยหมาย
- จุดบันทึกเดือนความจำในสิ่งที่มักจะลืม ในบริเวณที่จะมองเห็นได้ชัดเจน
- เขียนรายละเอียดของวิธีการใช้สำหรับของใช้ประจำ
- มีกระดานแสดงตารางกิจกรรมประจำวัน
- มีบริเวณเฉพาะสำหรับเก็บกุญแจหรือแว่นตา
- เขียนเตือนข้อระวังต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัย
- เขียนบอกวิธีการที่จะค้นหาสิ่งสำคัญต่าง ๆ

2.4.5.2 การรับประทานอาหารลำบาก สามารถให้การช่วยเหลือได้ โดย

- ดูแลความสะอาดของปากแลฟัน
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สนใจกับการรับประทานอาหาร
- ใช้ภาชนะอาหารที่ไม่แตก ภาชนะแต่ละชนิดแยกสีชัดเจน
- ให้อาหารเหลวหรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ใส่ชามรวมกัน หรือเสิร์ฟอาหาร

ทีละอย่าง (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง)

- เลือกอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ชนิดที่ผู้ป่วยชอบ อาหารไม่ควรร้อนจัด
- เตือนให้เคี้ยวและกลืน (ผู้ป่วยขั้นรุนแรง)
- จัดให้รับประทานอาหารในสถานที่เดิมและเวลาที่แน่นอน
- อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยยังไม่อยากรับประทานอาหารควรนำไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ก่อน
- ไม่ตำหนิพฤติกรรมมารับประทาน
- ควรเพิ่มอาหารว่าง ถ้าได้รับอาหารในแต่ละมื้อไม่เพียงพอ

2.4.5.3 ปัญหาการดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้การช่วยเหลือได้ โดย

- จัดให้อาบน้ำตรงตามเวลาทุกวัน
- แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายด้วยวิธีการที่เหมาะสม
- เลือกใช้สบู่อ่อน ไม่ระคายเคืองผิวหนัง
- จัดหาเครื่องนุ่งห่มที่สวมใส่ง่าย
- จัดสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัย

2.4.5.4 ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ให้การช่วยเหลือได้ โดย

หาน้ำไว้

- ติดสัญลักษณ์ขนาดใหญ่แสดงว่าเป็นห้องน้ำที่ประตูห้องน้ำ หรือเปิดประตู

- จัดตารางสำหรับการขับถ่าย เช่น เตือนหรือพาไปห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือพยายามสังเกตเวลาขับถ่ายของผู้ป่วย และพาไปห้องน้ำตามเวลานั้น

- นุ่งห่มเสื้อผ้าที่ถอดออกได้ง่าย
- สอนวิธีการใช้ห้องน้ำ
- จัดห้องนอนให้อยู่ใกล้กับห้องน้ำ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา
- หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนนอน

2.4.6 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สิ่งสำคัญที่ต้องกล่าวถึง (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. 2547) คือ

2.4.6.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพราะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะดูแลที่บ้าน เพราะญาติสนิทจะมีความหมายสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ เพราะต้องอดทนกับการพูดซ้ำซากตลอดเวลา ต้องอดทนในการให้เวลากับผู้ป่วยในการดูแลจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาตลอดจนความขัดแย้งระหว่างบุคคล ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหายุ่งยากในการดูแลของญาติผู้สูงอายุสมองเสื่อมไทย ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีปัญหาหลงลืมบ่อยมาก จำอะไรไม่ได้ มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง กลัวคนแปลกหน้า โมโหง่าย พูดคุยไม่รู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางรายชอบถามซ้ำ ๆ เดินออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก กลางคืนไม่นอน ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลเครียดเนื่องจากการพักผ่อนน้อยลง มีภาระแบกรับอย่างอื่นด้วย นอกจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาระค่าใช้จ่ายภายในบ้านและในการรักษา (วรพรรณและคณะ. 2545 ; อ้างถึงในลิวรรณ อุณาภิรักษ์. 2547) บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับผลกระทบทั้งในเรื่องแบบแผนชีวิตประจำวัน ความเป็นส่วนตัวและสังคม ผู้ดูแลจึงมักจะประสบ

ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งในครอบครัว วิดกกังวล โกรธและรู้สึกผิด เนื่องจากรำคาญผู้ป่วย จึงไม่ได้ควบคุมอารมณ์และแสดงสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น การวิจัยพบว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จะมีความเครียดด้านจิตใจมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย และความเครียดส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากความผิดปกติด้านสติปัญญาของผู้ป่วย (Sasat. 1998 ; อ้างถึงในลิวรรณ อุณาภิรักษ์. 2547)

การปรับตัวของครอบครัวที่จะยอมรับถึงลักษณะโรคสมองเสื่อม ซึ่งรักษาไม่หาย และเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเสียชีวิต ครอบครัวจะประสบถึงการสูญเสียเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นระยะเวลานาน แต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่าง ๆ ของการปรับตัว ด้วยเวลาที่แตกต่างกัน ของการปรับตัว ด้วยเวลาที่แตกต่างกัน จนถึงระยะที่ยอมรับได้ ซึ่งบางคนอาจจะไม่สามารถปรับตัวถึงระยะของการยอมรับ ในกระบวนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะปฏิเสธว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยมีอาการเนื่องจากความชรา ภาวะสุขภาพไม่ดีหรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา และอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัว การอธิบายให้ครอบครัวได้เข้าใจลักษณะของโรคสมองเสื่อมจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ถ้าครอบครัวยอมรับว่าผู้ป่วยพยาธิสภาพ และนำมาตรวจรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยหลาย ๆ อย่าง ซึ่งอาจมีผลให้ญาติรู้สึกท้อแท้และหมดหวัง พยาบาลควรสนับสนุนให้กำลังใจและความหวังแก่ญาติ และถ้าญาติยังอยู่ในระยะของปฏิเสธอยู่ ญาติจะแยกตัวและไม่ยอมรับที่จะให้การดูแลผู้ป่วย อาจเกิดกับคู่สมรสหรือทั้งครอบครัว ส่วนนี้ต้องอาศัยการอธิบายให้ญาติได้เข้าใจในวิธีการดูแลที่ถูกต้องและมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา

ระยะต่อมาของการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ การรู้สึกโกรธ และขุนเคืองว่าทำไมจะต้องเกิดกับครอบครัวของตน โกรธที่ไม่มีคนช่วยแบ่งเบาภาระ โกรธกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ คู่สมรสอาจมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกโกรธจะเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแล และอาจทำให้เกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยผู้ที่รัก ทั้งทางด้านคำพูดและการกระทำอื่น ๆ เป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดบางครั้งผู้ดูแลอาจอยู่ในระยะต่อรอง (bargaining) เป็นผลจากความพยายามปรับสภาพต่อการสูญเสีย ครอบครัวจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อการแลกเปลี่ยนหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น การให้ข้อมูลที่แท้จริงและถูกต้องจะช่วยให้ครอบครัวผ่านระยะนี้ไปด้วยดี ระยะต่อมาคือครอบครัวผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) รู้สึกหมดหวังขาดผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลจะผ่านระยะนี้ได้ดีเพียงใดขึ้นกับกลไกการปรับสภาพจิต และระบบเกื้อหนุนต่อผู้ดูแล ระยะสุดท้ายคือการยอมรับและเข้าใจลักษณะของโรคสมองเสื่อม

ในด้านผู้ป่วยสมองเสื่อมก็ประสบปัญหาหลายอย่างเช่นเดียวกัน เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ระวังและรู้สึกสูญเสีย ตั้งแต่เรื่อง ความจำ การงาน บทบาทหัวหน้าครอบครัว เสียอนาคต ผู้ป่วยปรับตัวกับปฏิกิริยาของผู้อื่นบางครั้งอาจได้รับการดูแลมากเกินไปหรือถูกทอดทิ้งรู้สึกอึดอัดใจ อาย กลัว และวิตกกังวลกับอาการของโรค

การยอมรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงขึ้นกับความสามารถในการปรับสภาพทางจิตระบบเกื้อหนุนและประสบการณ์เดิม เมื่อครอบครัวยอมรับผู้ป่วยได้แล้ว ก็จะพยายามหาวิธีการดูแลที่ดี กระบวนการพยาบาลจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวได้ผ่านระยะต่าง ๆ ของการปรับตัวต่อความเครียดได้ตลอดระยะเวลาที่โรคกำเริบมากขึ้นเรื่อย ๆ การวิจัยของ Barnes และคณะ ได้สรุปปัญหาหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้ดังนี้ คือ (Barnes & et al. 1983 ; อ้างถึงใน ลิขวรรณ อุณาภิรักษ์. 2547)

1. ความเครียดระหว่างขั้นตอนการวินิจฉัยโรค
2. ไม่เข้าใจการดำเนินของโรค
3. ปฏิเสธความเจ็บป่วยและอาการผิดปกติต่าง ๆ
4. มีความรู้สึกของการสูญเสียและอารมณ์เศร้าระหว่างการดำเนินของโรค
5. คู่สมรสและบุตรมีปัญหาด้านการเงินและความรับผิดชอบต่อหลาย ๆ บทบาท

2.4.6.2 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพราะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบ้าน ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว พยาบาลจึงควรเริ่มจากการประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแล เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับความร่วมมือ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกายและจิตของสมาชิก ปฏิบัติการของผู้ป่วยกับคนในครอบครัว สิ่งที่ยาติผู้ป่วยต้องการทราบ ดังผลการวิจัย พบว่าเรื่องที่ญาติผู้ดูแลสูงอายุสมองเสื่อมต้องการทราบ (วรพรรณ และคณะ, 2545 ; อ้างถึงใน ลิขวรรณ อุณาภิรักษ์. 2547) ได้แก่

1. โรคสมองเสื่อมรักษาให้หายขาดได้หรือไม่
2. วิธีการดูแลรักษาไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นกว่าเดิม ทำอย่างไร
3. จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดูแลได้ง่ายขึ้น
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจะมีวิธีการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างไร
5. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแปรปรวน ทำอย่างไร
6. มียาอะไรที่รักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดได้บ้าง
7. หลังจากรักษาแล้ว ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะทำงานได้หรือไม่
8. ต้องการทราบเรื่องอาการ การดำเนินของโรคสมองเสื่อม
9. ต้องการทราบเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการปฏิบัติการทางการพยาบาล (Gulanick et al. 1994 ; Ackley and Ladwig. 1999 ; อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาส์ตย์. 2549) ได้แก่ 1) มีการเสี่ยงสูงต่อการก่อให้เกิดความรุนแรง (Violence) ปัจจัยเสี่ยง คือ การรับรู้ต่อความจริง (Reality Perception) เสียไป ความอดทนต่อสิ่งที่ไม่พึงพอใจลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง แบบแผนในการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถแสดงความรู้สึกที่เหมาะสม (Verbal And Nonverbal) วิตกกังวล (Anxiety), ทักษะในการจัดการกับปัญหาเสียไป ลืมเรื่องการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้อื่น พืชจากยาบางอย่างทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลงได้ ความไม่สุขสบายทางกาย (Physical Discomfort) ถูกกระตุ้นมากเกินไป (Over-Stimulation) 2) การเปลี่ยนแปลงด้านการคิดอ่าน ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านความจำ การตัดสินใจ และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในด้านอาบน้ำ แต่งตัว และรับประทานอาหาร 3) มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิดความอ่าน เช่น สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ความจำเสื่อมความสามารถในการตัดสินใจเสียไป สูญเสียการรับรู้ต่อเวลา สถานที่ และแยกตัวเอง 4) มีการเปลี่ยนแปลงในด้านเซ็กซ์ปัญหา ความสามารถในการดำเนินชีวิตในบ้านเสียไป 5) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือถ่ายปัสสาวะไม่ออก ปัจจัยเสี่ยงคือ ความคิดความอ่านเปลี่ยนแปลง มี Neurogenic Bladder และ ไม่มีความรู้สึกปวดปัสสาวะ 6) มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยง คือ มีภาวะความคิดความอ่านเปลี่ยนแปลง มีภาวะอุจจาระไหลออกมาเองอยู่แล้ว ทานอาหารมีกากน้อย มีอาการท้องผูกเรื้อรัง หรือไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย 7) ภาวะเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver Role Strain) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การรับรู้ข้อจำกัดในการจัดการในการดูแล ความเป็นส่วนตัวและชีวิตในสังคมถูกรบกวน เนื่องจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีหลายบทบาท ผู้ดูแลไม่ได้รับการหยุดพัก ผู้ดูแลไม่ได้ตระหนักถึงว่ามีแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ผู้ดูแลละเลยไม่ใช้บริการจากแหล่งช่วยเหลือในชุมชนหรือการไม่มีแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชนการบริการที่มีอยู่ในชุมชนมีราคาแพง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรม (Behavior Disturbance) ปัญหาทางจิต (Psychiatric Symptoms) ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร (Communication Problems) ระดับการช่วยเหลือตนเองที่น้อยลง (Increase Dependence) ปัญหาในด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม (Environmental Safety Issue) ปัญหาการกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ปัญหาความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Role Strain) ผู้ดูแลพึงตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงที โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ

ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม นับว่าเป็นปัญหาที่นำความลำบากใจมาสู่สมาชิกในบ้านและผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน และจะเปลี่ยนไปเมื่อภาวะของโรคดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ในหลาย ครั้งที่ใช้ยาเพื่อช่วยรักษา ปัญหาเหล่านี้มักไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และอาจเกิดผลข้างเคียงต่าง ตามมาได้ ดังนั้นแนวทางในการจัดการปัญหาจึงเน้นไปที่การรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ แล้วยังช่วยป้องกันความเสียหาย อันเนื่องมาจากการใช้ยาได้อีกด้วย

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณนิภา สมนาวรรณ (2537) ศึกษาการสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ราย ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลในหลายด้านตามอาการดังนี้ คือ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนา และสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอน และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยด้านการสนทนาสื่อสารและปัญหาในการขับถ่ายเป็นด้านที่มีจำนวนผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด ส่วนปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล แต่เกิดปัญหาทางด้านสังคม โดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการแก้ไขแตกต่างกันไป แต่ยังมีผู้ดูแลหลายรายที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังยอมรับว่าเป็นภาวะความเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและมีความไม่สบายกายเกิดขึ้น

สามารถ นิธินันท์ (2540) ได้ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย เพื่อหาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนไทย ในชุมชนเขตเมือง และหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรหมู่ที่ 1 และ 2 ตำบลคลองนา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 64 ราย ทำการคัดออก 5 ราย เหลือจำนวน 59 ราย พบว่า 6 รายที่มีคะแนน TMSE ต่ำกว่า 23 คะแนน มีคะแนนในหัวข้อการรับรู้ ความตั้งใจและการคำนวณต่างจากกลุ่มที่มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบปัจจัยใดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และพบว่า 1 ราย มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 2 ราย มีการตรวจพบว่ามี ความผิดปกติทางระบบประสาท โดย 1 ราย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10.2

มานิช ทับมณี (2544) ได้ศึกษาเรื่องความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 370 คน ที่ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination-TMSE) ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 27.3 การให้คำแนะนำแก่คนอื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

วันเพ็ญ เชาว์เชิง (2545) ได้ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 64.88 มีความชุกอยู่ที่ 10.29 ต่อประชากร 1,000 คน ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.70 มีความชุกอยู่ที่ 3.28 และรวมทั้งสองภาวะคิดเป็น 2.29 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คือ เขตที่ตั้ง เพศ อายุ ความสามารถในการอ่าน การศึกษา การมีงาน การร่วมกิจกรรม การให้คำปรึกษา การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนพัฒนาการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ศึกษาเฉพาะของบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือมาติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และเป็นผู้ป่วยในชมรมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 62.6 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอยู่ในระดับดี การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างทันท่วงที และการช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแล เป็นพฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติเป็นประจำ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสมองเสื่อมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการความผิดปกติที่มีอาการแสดงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านระบบประสาทและจิตวิทยา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งมีการศึกษาวิจัยภาวะสมองเสื่อมในเรื่องของความชุกในสถานที่ต่าง ๆ การวินิจฉัย การดูแลรักษา จะเป็นในลักษณะของบทความวิชาการ หนังสือ ตำราวิชาการ การใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

สำหรับแพทย์ ในส่วนของคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ก็จะมีในลักษณะของบทความวิชาการ หนังสือ ตำราวิชาการ เช่นกัน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ออกมาในลักษณะของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านสำหรับพยาบาลและญาติของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เพื่อเป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านและผู้ดูแลอีกด้วย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน จากการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การทบทวน ผลการวิจัย เอกสารตำราทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ผู้ศึกษาได้นำมาสังเคราะห์และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ในขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ดำเนินการโดยการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การทบทวน ผลการวิจัย เอกสารตำราทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยกำหนดคำสำคัญเพื่อใช้ในการค้นหาข้อมูลดังนี้ สมองเสื่อม, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุไทย, dementia, aging, geriatric, elderly, guidelines for the diagnosis of dementia, management of dementia, dementia research

ฐานข้อมูลที่ทำการศึกษาสืบค้นหาข้อมูลได้แก่

<http://atlantis.eng.psu.ac.th>

<http://www.thainhf.org>

<http://library.kku.ac.th>

<http://www.goodhealth.in.th>

<http://www.li.mahidol.ac.th>

<http://www.sh.mahidol.ac.th>

<http://homecare.buu.ac.th>

<http://www.dmh.go.th/abstract/nurse.asp>

ข้อมูลที่รวบรวมได้ ได้นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้ จากขั้นตอนที่ 1 เมื่อได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านแล้ว จึงมีการทดลองนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านและญาติผู้ดูแล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งติดต่อมาที่สถานที่ได้รับดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำ พฤติกรรม อารมณ์ เปลี่ยนแปลง จำนวน 3 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

3.2.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ก)

(Mini Mental State Examination : MMSE – Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบทดสอบนี้สามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เบื้องต้น ข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ ความสนใจ การคิดเลขง่าย ๆ การบอกชื่อเรียกสิ่งของ การพูดตาม การทำตามคำบอกและคำสั่ง และการวาดภาพตามตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนลงมา จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน สำหรับผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนลงมา จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน สำหรับผู้ที่จบประถมศึกษา และได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนลงมา จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้

3.2.2 แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ (ภาคผนวก ข)

ลักษณะของเครื่องมือ เป็นการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ Skin, Lymph nodes, Head and face, Eyes, Ears, Nose, Mouth and throat, Neck, Breast, Chest and lungs, Heart and vessels, Abdomen, Genitalia, Anus, Extremities, Bone-joint-muscles และ Neurological

3.2.3 แบบสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ของ ผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ค)

ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้สร้างขึ้น ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด สอบถาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ ปัญหาและการจัดการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 9 เรื่อง ได้แก่

1. เรื่องการรับประทานอาหาร
2. เรื่องการอาบน้ำ
3. เรื่องการแต่งตัว
4. เรื่องการขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ
5. เรื่องการนอน
6. เรื่องอาการประสาทรลอน
7. เรื่องการลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น
8. เรื่องการหลงออกนอกบ้าน
9. เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

3.3 การดำเนินการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำ พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 (ภาคผนวก ก) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม
2. ชักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ โดยแบบบันทึกการชักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ หากพบปัญหาสุขภาพจะพิจารณาให้คำปรึกษา คำแนะนำเฉพาะปัญหาเพื่อการดูแลที่เฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนที่จะดำเนินการในขั้นต่อไป
3. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 9 เรื่อง
4. นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ไปใช้ในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำ ตามปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละราย

5. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 9 เรื่อง อีกครั้งภายหลังการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปใช้เป็นเวลา 6 สัปดาห์

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

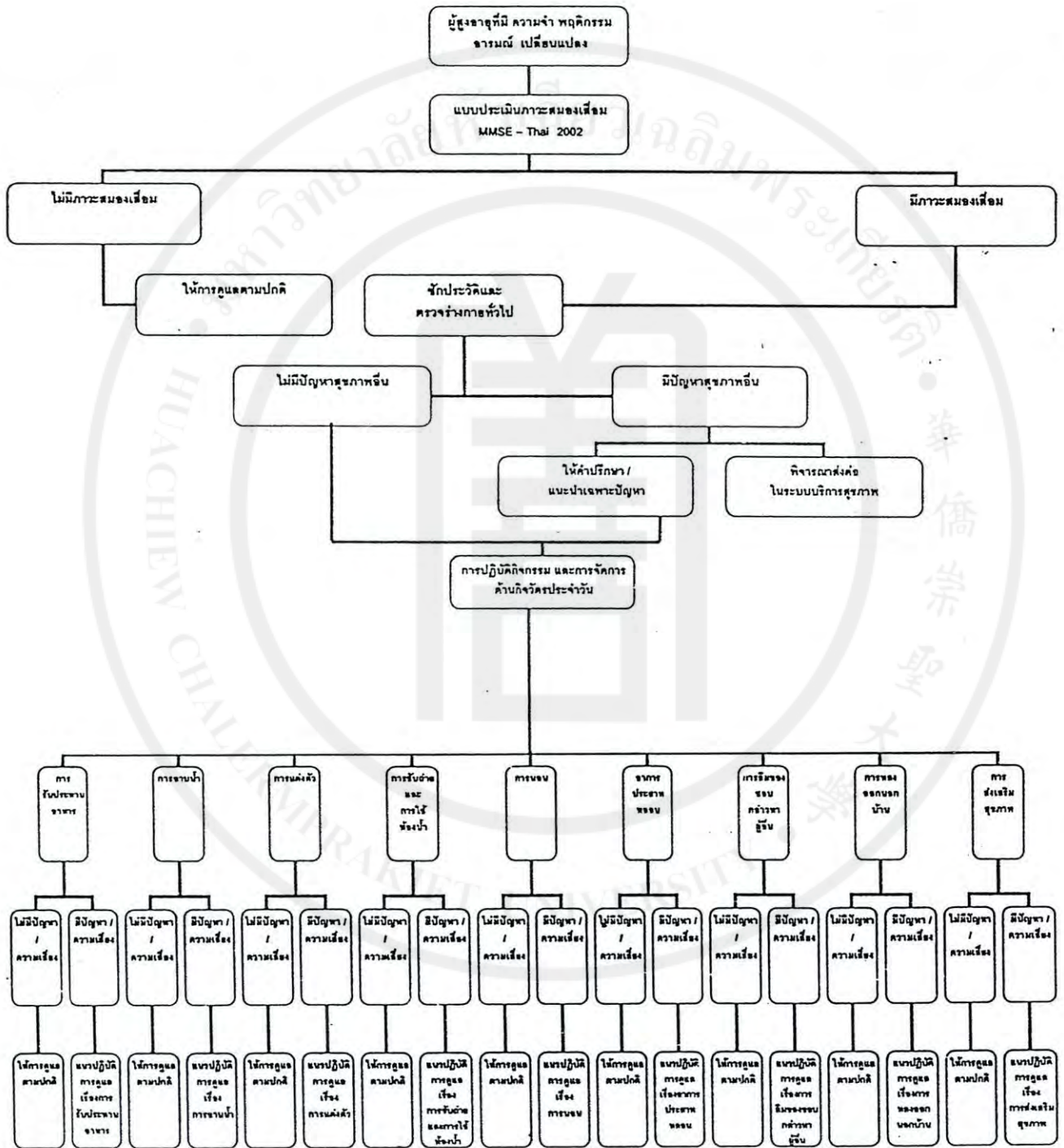
ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จาก แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ และแบบสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งก่อน และหลังการนำแนวปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา เริ่มต้นในเดือนมิถุนายน 2549 และสิ้นสุดในเดือนตุลาคม

2549

แผนภูมิที่ 3.1
แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน



บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 ชั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ในชั้นตอนแรก ได้ผล
การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านทั้งหมด 9 เรื่อง คือ

1. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การรับประทานอาหาร
2. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การอาบน้ำ
3. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การแต่งตัว
4. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ
5. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การนอน
6. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง อาการประสาทหลอน
7. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การลืมของ ขอบกกล่าวหาผู้อื่น
8. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การหลงออกนอกบ้าน
9. แนวปฏิบัติการดูแลเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ

ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การมีส่วนร่วม
ในกิจกรรมครอบครัวและสังคม การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ
ซึ่งมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติการดูแล ดังตารางที่ 4.1 - 4.9

ตารางที่ 4.1

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การรับประทานอาหาร

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การรับประทานอาหาร วิธีปฏิบัติ
1.1 จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว	<p>อาหารให้ฟัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อรับประทานอาหารแล้ว บอกกับผู้สูงอายุว่าได้รับประทานไปแล้ว พร้อมทั้งเล่าเหตุการณ์และรายการ
1.2 กลืนหรือเคี้ยวไม่ได้ หรือลำบาก	<ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการรับประทานอาหารจริงๆ ให้แบ่งอาหารแต่ละมื้อให้มีปริมาณพอสมควร ไม่มากเกินไป เพื่อให้สามารถรับประทานเข้าได้ - ตรวจสอบสภาพเหงือกและฟันทุก 1 ปี เพื่อความแน่ใจว่าไม่มีปัญหาจากเรื่องเหงือกและฟัน - ให้อาหารที่เคี้ยวง่าย และคุ้นเคย - ช่วยบอกให้ค่อย ๆ เคี้ยว แล้วค่อย ๆ กลืน - บอกวิธีการใช้ช้อนส้อม และใช้ให้ดูเป็นตัวอย่าง - ให้อาหารที่ดัดได้ง่าย และคุ้นเคย - อาจจำเป็นต้องบ้วนอาหารให้ - อาหารบนโต๊ะไม่ควรมีหลาย ๆ อย่างพร้อม ๆ กัน เพราะอาจทำให้สับสนได้ - ไม่ควรเคร่งครัดกับพิธีกรรมหรือมารยาทบนโต๊ะอาหารมากนัก ทำบรรยากาศให้สบาย ๆ - ระวังอาหารที่ร้อนจัดเกินไป เพราะผู้สูงอายุรับรู้ไม่ได้เรื่องอุณหภูมิความร้อน
1.3 ไม่รู้จักวิธีใช้ช้อนส้อม	
หลักปฏิบัติทั่วไป :	
การจะมีตระวังความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	

ตารางที่ 4.2
แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การอาบน้ำ

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การอาบน้ำ วิธีปฏิบัติ
1. มักลืมที่จะอาบน้ำ หรือไม่ยอมที่จะอาบน้ำ 2. ลืมวิธีอาบน้ำ หลักปฏิบัติทั่วไป : การระมัดระวังความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามคงกิจวัตรของการอาบน้ำของผู้สูงอายุไว้ให้เหมือนเดิม เช่น เคยอาบน้ำตอนเช้า ก็ให้คงเวลาเดิมไว้ - ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไปเล็กน้อยหลังจากอารมณ์ดีขึ้น - อาบน้ำโดยการใช้ฝักบัว จะเป็นวิธีที่ค่อนข้างสะดวกกว่า - ถ้าจำเป็นต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการอาบน้ำด้วย - ผู้สูงอายุบางรายอาจรู้สึกอายในขณะที่ถูกช่วยอาบน้ำ อาจหาผ้าถุงไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วนได้ - ควรจัดให้มีเก้าอี้ไว้นั่งอาบน้ำ - ควรมีราวจับที่กั้นข้างผนังไว้สำหรับจับยึด - ควรมีแผ่นยางรองพื้นชนิดกันลื่นเพื่อป้องกันหกล้ม - ดูแลอุณหภูมิไม่ให้อ่อน หรือเย็นเกินไป ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถรับรู้ระดับความร้อนได้

ตารางที่ 4.3

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การแต่งตัว

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การแต่งตัว
<p>ปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำไม่ได้ว่าเสื้อผ้าเก็บไว้ที่ไหน 2. ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีไว้ทำอะไร 3. ไม่ทราบว่าต้องใส่อะไรก่อนหลัง 4. ไม่ทราบวิธีการใส่เสื้อผ้า 	<p>วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คงสถานที่แต่งตัวให้เป็นตำแหน่งเดิมทุกครั้ง - เก็บเสื้อผ้าไว้ในตำแหน่งเดิมทุกครั้ง - บอกประโยชน์ของการสวมใส่เสื้อผ้า เพื่อปกป้องร่างกาย สวยงาม และให้ความอบอุ่น - ให้เวลากับผู้สูงอายุในการแต่งตัว - เตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกไว้ให้ใส่อย่างเป็นลำดับ - คงการเรียงลำดับอย่างนี้ไว้เสมอทุกครั้ง - พยายามเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่ง่าย ไม่ยุ่งยาก อาจใช้ชุดที่เป็นเทปสองหน้า จะเหมาะสมมากกว่าชุดที่เป็นกระดุมหรือเชือก - อาจต้องคอยบอกขั้นตอน และลำดับวิธีในการแต่งตัว - อาจจำเป็นต้องช่วยแต่งตัวให้

ตารางที่ 4.4

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ
<p>1. ไม่รู้ว่าเมื่อไหร่จึงจะต้องใช้ห้องน้ำ</p> <p>2. เข้าไปในห้องน้ำแล้วแต่ไม่รู้จะทำอะไร</p> <p>3. ต้องการบัสตาระอยู่บ่อยๆ</p> <p>4. กลั้นอุจจาระไม่ค่อยได้</p>	<p style="text-align: center;">วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำ สม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน - หมั่นถามผู้สูงอายุว่าต้องการบัสตาระ อุจจาระหรือไม่ - จัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำ สม่ำเสมอ ให้เกิดความคุ้นเคย - ให้เวลาผู้สูงอายุในการนั่งโถส้วมในห้องน้ำ - จัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำ สม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน - หมั่นถามผู้สูงอายุว่าต้องการบัสตาระหรือไม่ - จำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาเข้านอน - เตรียมกระโถน หรือกระบะบอกลบัสตาระไว้ใกล้ ๆ ที่นอน - อาจจำเป็นต้องใช้ผ้ารองรับบัสตาระร่วมด้วย - พยายามเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกง่าย ไม่ยุ่งยาก อาจใช้ชุดที่เป็นเทพตองหน้า จะเหมาะสมมากกว่าชุดที่เป็นกระดุมหรือเชือก - จัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำ สม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน - เตรียมอาหารที่ย่อยง่าย และมีกากช่วยในการขับถ่าย

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ	
ปัญหา	วิธีปฏิบัติ
4. กลืนอาหารไม่ค่อยได้ (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกง่าย ไม่ยุ่งยาก อาจใช้ชุดที่เป็นแบบตongหน้า จะเหมาะสมมากกว่าชุดที่เป็นกระดุมหรือเชือก - อาจจำเป็นต้องใช้ผ้ารองรับดูจากร่วมด้วย - อำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟไว้ในห้องน้ำและทางเดิน - ติดสัญลักษณ์แสดงว่าเป็นห้องน้ำให้ชัดเจน
5. หาดูน้ำไม่พบ	

ตารางที่ 4.5

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การนอน

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การนอน วิธีปฏิบัติ
<p>1. ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินไปมา</p> <p>2. หลับมากในตอนกลางวัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามจัดเวลานอนให้เป็นประจำ คงที่ สม่ำเสมอ - พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรกินยาสามโมงเย็น - กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทุกวัน อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรกินยาสามโมงเย็น - คอยเตือนเมื่อใกล้ถึงเวลานอน - ดูแลให้ผ่อนคลายก่อนนอน เช่น นั่งเก้าอี้โยก - ไม่ให้อาหารหนัก หรือจำนวนมากในมื้อเย็น - หากจำเป็นต้องใช้ยานอนหลับควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

ตารางที่ 4.6

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ที่บ้าน เรื่อง อากาศประสาทดกลอน

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ที่บ้าน เรื่อง อากาศประสาทดกลอน
<p>ปัญหาหรือเห็นภาพหลอน, ผู้สูงอายุบางรายอาจตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองรับรู้</p>	<p>วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการตรวจการมองเห็นและการได้ยิน - ควรพบแพทย์เพื่อประเมินถึงสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการเหล่านี้ เช่น ยาบาง ชนิดการติดเชื - ไม่ควรเถียงผู้สูงอายุ แต่ควรพูดด้วยทักทายรับในสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ - อาจปลอบหรือถามผู้สูงอายุถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พยายามสร้างความมั่นใจ - ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่น ๆ สักระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุลืมในสิ่งที่กำลังพูดถึง - หากจำเป็น เช่น มีผลกระทบกับกับผู้สูงอายุเองหรือคนรอบข้าง ควรพาไปพบแพทย์ - อธิบายให้ญาติทุก ๆ คนเข้าใจในความเจ็บป่วย - ญาติไม่ควรตกใจกับอาการประสาทดกลอนที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 4.7

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋ที่บ้าน เรื่อง การลิมของ ขอบกล่าวหาผู้อื่น

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋ที่บ้าน เรื่อง การลิมของ ขอบกล่าวหาผู้อื่น
<p>จำไม่ได้ว่าขอใช้ส่วนตัวนั้นอยู่ที่ไหน</p>	<p>วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจดูข้อให้ชัดเจนเกี่ยวกับกรหายของสิ่งนั้น - ควรมีของสำรองของสิ่งที่มีทำหายเป็นประจำ เช่น กุญแจ - พยายามเรียนรู้ว่าผู้สูงอายุมักลิมของไว้ที่สถานที่หรือตำแหน่งใด - ตรวจดูถึงขยะในห้องผู้สูงอายุก่อนนำไปทิ้ง - เบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่นสักระยะ ผู้สูงอายุมักจะจำไม่ได้ว่าเมื่อสักครู่นี้ได้กำลังพูดถึงเรื่องของหาย

ตารางที่ 4.8

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การหลงออกนอกบ้าน

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน เรื่อง การหลงออกนอกบ้าน
<p>ปัญหาที่เรื้อยๆ ว่าผู้สูงอายุเดินออกนอกบ้านแล้วหลงทางกลับบ้านไม่ได้</p>	<p style="text-align: center;">วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำป้ายหรือบัตรเพื่อบอกชื่อ อากาการ การติดต่อกลับไปยังญาติไว้ที่เสื้อผ้าหรือตัวผู้สูงอายุตลอดเวลา - ทำรั้วบ้านให้มีมิติชัด เพื่อความปลอดภัย ป้องกันการออกนอกบ้านโดยไม่มีใครรู้ - แขนวกระดิ่งไว้ที่ประตู เพื่อผู้ดูแลจะได้ทราบเมื่อผู้ปวยเปิดประตูออกจากบ้าน - ควรบอกให้เพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียงรับทราบอาการของผู้สูงอายุไว้บ้าง จะได้เป็นประโยชน์ในการตามหา - ควรถ้ายรูปผู้สูงอายุไว้เป็นระยะๆ ให้ใกล้เคียงกับสภาพปัจจุบัน เพื่อเตรียมไว้สำหรับใช้ในการตามหาตัวหากพบตัวผู้สูงอายุแล้วไม่ควรอารมณ์เสียใส่ผู้สูงอายุ แต่ควรพูดด้วยท่าทีที่สงบ อบอุ่น และเป็นห่วง

ตารางที่ 4.9

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ
<p>1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ</p> <p>2. ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม</p>	<p>วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายประจำวันบ้าง อาจจะเป็นการเดินเล่นในบ้าน หรือร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ตามชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง - ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง - ลดอาหารประเภทไขมัน ชั่ว แป้ง และน้ำตาล ควรให้เป็นการไปไฮเดรตเจิงชั่น เช่น ชั่ว ธัญพืช ขนมปัง - ให้ได้รับไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากพืช ไขมันจากเนื้อสัตว์ (ยกเว้นน้ำมันปาล์ม) แทนไขมันจากสัตว์ - รับประทานอาหารประเภทโปรตีนไปรตีนหรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ที่ชดเชยได้ด้วยประมาณ 50-60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมื้อละ 2 ช้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น ปลา - ให้อาหารรับประทานได้ไม่จำกัด แต่ไขแดงไม่ควรเกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ - งดอาหารที่ปรุงจากกะทิ และขนมหวานจัด ควรดื่มนมพร่องมันเนยทุกวัน - ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว - รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ เป็นการฝึกการรับประทานอาหารไม่ให้อ้วน

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ
<p>3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม</p> <p>4. การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ :</p> <p>การส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผลดีต่อร่างกาย ได้รับความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียด และเป็นผลดีต่อสุขภาพจิตด้วย</p>	<p>วิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปงานเลี้ยง เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติมา พบปะเพื่อนฝูง อย่านั่งอยู่ที่บ้าน รวมถึงการพูดคุยกับลูกหลานเป็นประจำด้วย - ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสช่วยตนเอง หรือทำงานบ้านที่เมहन้กแรงและเคยทำมา ทำให้เกิดศักดิ์ศรีในตนเอง - พาผู้สูงอายุไปเที่ยวสถานที่ให้ความรื่นรมย์ทางธรรมชาติ เช่นสวนสัตว์ สวนสาธารณะ หรือไปดูกีฬา แต่ต้องระวังการพลัดหลง ต้องมีผู้ติดตามดูแลใกล้ชิดเสมอ - ทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง งดความเคารพไว้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังคงรู้ตัวดีว่าเขาได้รับการปฏิบัติกรอย่างไร - ความสามารถของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วในแต่ละช่วงเวลา พึงระลึกไว้เสมอว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรม และไม่ใช้ความผิดของผู้สูงอายุ - ยึดหยุ่นและอดทนในการดูแล เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะอ่อนไหวมากเมื่อถูกเร่ง - ให้ความมั่นใจ ความรัก และคงไว้ซึ่งอารมณ์ขันแก่ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋ที่บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหา	แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู๋ที่บ้าน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ วิธีปฏิบัติ
<p>5. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ : การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา</p>	<p>- บอกโทษของการสูบบุหรี่โดยสรุป : เพราะการสูบบุหรี่ทำให้เกิด ความเสื่อมต่อโครงสร้างและสมรรถภาพการทำงานของปอด, โรคมะเร็งปอดและหลอดเลือด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น, หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง, โรคเส้นเลือดในสมอง, โรคกระดูกพรุน</p> <p>- บอกโทษของการดื่มสุราโดยสรุป : เพราะการดื่มสุราทำให้เกิด โรคระบบทางเดินอาหาร, ภาวะอาหารอักเสบ เป็นแผลหรือทะลุ เลือดออกรุนแรงจนช็อกได้, ภาวะขาดอาหาร เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้เบื่ออาหารปกติ, ภาวะขาดวิตามินบางชนิดเช่นบี 1 ภาวะความผิดปกติของตับเกิดภาวะเลือดออกง่าย, กล้ามเนื้อ, หัวรั้งร่างกายอ่อนแรง, เกิดภาวะไตวายได้, ปลายประสาทเสื่อม โดยเฉพาะที่เท้าและมีมือ ทำให้มีอาการชาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ และเกิดมะเร็งในช่องปาก</p>

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้

ผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ราย รายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ 1 (คุณยาย ก) : ญาติมาปรึกษาด้วยตนเอง

หญิงไทย อายุ 77 ปี สถานภาพสมรส หม้าย (สามีเสียชีวิตแล้ว) ภูมิลำเนา จังหวัด พิษณุโลก มีลูกชาย – หญิง หลายคน ลูกชายเป็นผู้โทรศัพท์มาปรึกษาถึงปัญหาว่ารู้สึกเครียด แม่ไม่ค่อยยอมรับประทานอาหารด้วยตนเอง บางครั้งงุนวาย และเกิดอุบัติเหตุบ่อย โดยพูดถึงคุณแม่ และการดูแลคุณแม่ว่า “เดี๋ยวนี้คือจั่ง บอกอะไรไม่ค่อยจะเชื่อ ไม่ยอมทำตาม บางทีก็เหมือนแก๊ง ซี้เกียจกินข้าวเอง ไม่ค่อยยอมใช้แขน บางทีก็งุนวาย ดูแลไม่ค่อยจะไหว ชอบแอบเป็นแอบคลาน หกล้มหกลูก หัวแตก แขนหัก เป็นประจำ”

ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยเหนื่อยในการดูแลผู้สูงอายุ บางครั้งเกิดความไม่แน่ใจในพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าเป็นการแก๊งหรือเปล่า พยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่สามารถจัดการได้

และจากการซักประวัติเพิ่มเติม ทราบว่าคุณยายจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เคยมีประวัติแขนข้างซ้ายหักนานมาแล้ว ทำให้ตอนนี้แขนไม่ค่อยมีแรง นิ้วและมือจะจับ ๆ บ่นปวดเมื่อยเป็นประจำ ชอบให้ทายาและนวดให้ ส่วนข้างขวาก็ปวด ๆ อยู่เป็นประจำ เป็นคนดีใจ จะเอาอะไรต้องให้ได้เดี๋ยวนั้น บางทีถ้าไม่มีใครทำให้ก็จะไปเอง เลยหกล้มแขนหัก ไหล่หลุดเป็นประจำ และไม่มีโรคประจำตัวอื่น

ผลการทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 ได้ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป

การทบทวนอาการตามระบบ เคยมีอาการปวดศีรษะเป็นบางครั้ง สายตายาวแล้วแต่ไม่ได้สวมแว่นสายตา มองเห็นชัดพอควร ไม่เคยมีอาการตาอักเสบ หูได้ยินชัดเจนพอควร ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่หู ไม่เคยมีอาการเจ็บหู หรือมี Discharge จากหู จมูกได้กลิ่นปกติ เคยอาการคัดจมูก และมีน้ำมูกบ้างช่วงที่เป็นหวัด แต่ไม่เคยสั่งน้ำมูกแล้วมีเลือด หรือมีสิ่งผิดปกติปน ไม่เคยมีเลือดกำเดาออก มีฟันผุบ้างแต่อุดไว้แล้ว ไม่เคยมีอาการเจ็บ หรือมีแผลในปากและคอ ไม่เคยมีเลือดออกตามไรฟัน ไม่เคยมีอาการแน่นบริเวณคอหรือเจ็บในคอ กลืนอาหารลำบาก สำลัก

เสียงแหบ หรือค้ำพบก้อน ไม่เคยมีอาการแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่ออก ไม่เคยมีอาการใจสั่น หน้ามืด เป็นลมหมดสติ แต่มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ เคยต้องรับประทานยานอนหลับ รับประทาน ธรรมดา รสไม่จัด เคยมีปัญหาเรื่องปวดท้อง ท้องเสียและท้องผูกบ้าง ปกติถ่ายเกือบทุกวัน ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละประมาณ 9 – 10 ครั้ง แขน-ขา และข้อต่าง ๆ ในร่างกาย เคลื่อนไหวและ ใช้การได้พอควร แต่ไม่ค่อยมีแรงมากนัก ใช้แขนและมือได้ไม่เท่าที่ที่ต้องการ บางทีก็มีเรื่องไม่สบาย ใจทำให้เครียด ไม่เคยมีอาการตัวซีดเขียวหรือแดงคล้ำผิดปกติ ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับเลือดหรือ หลอดเลือด ไม่เคยมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลมหรือหิวโหย หรือเหนื่อยแบบผิดปกติ ไม่เคยเป็น โรคผิวหนังหรือมีผื่นคันตามตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

Skin	: ผิวหนังค่อนข้างแห้งเล็กน้อย มีรอยแผลเป็นตามตัว การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ
Lymph nodes	: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง
Head and face	: หน้าทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่มีความบิดเบี้ยวผิดปกติใด ๆ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ
Eyes	: ตาทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี มองเห็นชัดเจนพอควร ตาไม่เหล่ ตาไม่แดง ไม่มีต่อลมต้อเนื้อใด ๆ
Ears	: หูทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี ไม่มีซีหูอุดตัน ได้ยินชัดเจนพอควร
Mouth and throat	: ปากสมมาตรกันดี ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย คอไม่แดง ต่อมทอนซิลไม่โต
Neck	: หลอดลมอยู่กลาง ตรงดี คลำไม่พบก้อน
Breath	: คลำไม่พบก้อนเนื้อผิดปกติ
Chest and lung	: ทรวงอก 2 ข้างสมมาตรกันดี รูปร่างปกติ ขยายตัวตามจังหวะการหายใจได้ดี ฟังเสียงปอด Clear ดีไม่มี Wheezing หรือ Rhonchi และ Crepitation
Heart and vessels	: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังได้ชัดเจนดี 80 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงผิดปกติใด ๆ
Abdomen	: ทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน ไม่พบตับหรือม้ามโต Bowel Sound Positive
Bone-joint-muscles	: กระดูกหัวไหล่มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงข้อศอก ข้อมือ และ นิ้วมือของแขนทั้ง 2 ข้าง กล้ามเนื้อเริ่มลีบเล็กน้อย กระดูกสันหลังโค้งข้อสะโพก ข้อเท้าและนิ้วเท้า ปกติดี กล้ามเนื้อขามีแรงพอควร ขาไม่ลีบ หัวเข่าตึงและเจ็บเล็กน้อยเมื่อรับน้ำหนัก

Genitalia	: ไม่ได้ตรวจ
Anus and rectum	: ไม่ได้ตรวจ
Extremities	: เท้าทั้ง 2 ข้างไม่บวม ไม่ผิดปกติ
Neurological	: ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยสื่อสารกันรู้เรื่อง สามารถสั่งการใช้งาน อวัยวะต่าง ๆ และควบคุมได้เป็นปกติ ตอบสนองกับสิ่งเร้าได้เป็นปกติ

ผลการสัมภาษณ์ปัญหาญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุและปัญหาและ
การจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 เรื่อง เป็นดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดูแล ผู้สูงอายุไม่ยอม
รับประทานอาหารด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องป้อนอาหารให้ และพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือ
ตนเอง โดยกล่าวว่า “เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยยอมทานอาหารเองแล้ว ชอบให้ป้อนอยู่เรื่อย แต่ผมก็พยายาม
ให้แกทานเองนะครับ เพราะว่าถ้าไม่ค่อยใช้แขน ก็จะต้องแย่งไปอีกใช้มัยครับ เดี่ยวแกจะเคยตัว
ไม่ค่อยยอมทานอาหารเอง ก็คอยบอกแกอยู่เรื่อย ๆ แหละครับ”

2. การอาบน้ำ ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าอาบน้ำเองของผู้สูงอายุไม่ค่อยสะอาดนัก จึงต้อง
ช่วยอาบน้ำให้ โดยกล่าวว่า “ก็พออาบน้ำเองได้บ้างแบบรวด ๆ น้ำไปหละครับ ก็ต้องมีลูกสาวบ้าง
ลูกชายบ้างช่วยกันอาบน้ำให้จึงจะสะอาด บางทีก็ลูกสะใภ้บ้าง”

3. การแต่งตัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัญหาความยากลำบากในการต้องแต่งตัวเองของ
ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุพอจะแต่งตัวเองได้ และผู้ดูแลได้จัดเตรียมเสื้อผ้าที่ใส่ง่ายและสะดวกให้ เช่น
เสื้อคอกระเช้า

4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ ผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำไปถ่ายปัสสาวะบ่อยและเกิดอุบัติเหตุ
ผู้ดูแลแก้ปัญหาโดยการให้ดื่มน้ำน้อย ๆ โดยกล่าวว่า “แกจะชอบไปห้องน้ำอยู่เรื่อย บางทีไม่มีคน
อยู่แกก็อยากจะไปให้ได้ ก็เลยหกล้มหกลุก แขนขาหักเป็นประจำ ผมก็เลยไม่ค่อยอยากให้แกดื่มน้ำ
บ่อย ๆ” (บางครั้งอาจมีปัญหากจากพยาธิสภาพ “หกล้ม แขนหัก ไหล่หลุดเป็นประจำ”)

5. การนอน ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าพฤติกรรมกรรมการนอนดึกของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาต่อ
ผู้ดูแล และยังไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้ จึงกล่าวว่า “เป็นคนนอนดึกครับ เนี่ยกว่าจะนอนได้
ก็เกือบจะเช้าแล้ว ผมเองก็แทบแย่ ยิ่งเวลาที่ไปอยู่กับน้องสาวแล้วเค้าต้องออกไปทำงานตอนเช้า
แล้วต้องนอนดึกอยู่กับแม่ทุกวันนี้โทรมเลยครับ ผมนี่สงสารน้องเลย”

6. อาการประสาทหลอน ไม่พบปัญหา

7. การลิ้มของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น ไม่พบปัญหา

8. การหลงออกนอกบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าในขณะนี้ยังไม่มีปัญหา แต่ก็อาจจะมี

โอกาสเกิดขึ้นได้เหมือนกัน โดยกล่าวว่า “ยังไม่เคยเดินหลงออกไปไหนนะครับ แต่ก็ไม่น่าเหมือนกัน เพราะบางทีเวลาแกไม่ได้ตั้งใจจากลูกชายที่บ้านนี้ แกก็จะเดินออกไปบ้านลูกสาวแทนเหมือนกัน”

9. การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่ามีปัญหาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่บ้าง แต่ก็พยายามแก้ปัญหาเท่าที่จะทำได้ โดยกล่าวว่า “ไม่ได้ออกกำลังกายเลยครับ ก็ได้แต่เดินของแกเองบ้างนิด ๆ หน่อย ๆ อาหารแกก็กินได้ทุกอย่างครับ เป็นคนกินง่าย ผัก ผลไม้อะไรแกก็กินได้หมด เวลาลูกหลานอยู่บ้านก็อยู่ด้วยกันหมด คุยกัน ดูโทรทัศน์ด้วยกัน อารมณ์แกดีนะครับ พูดอะไรแกก็จะยิ้มอยู่เรื่อย เป็นคนไม่มีพิษไม่มีภัยกับใครหรอกครับ แต่อย่าไปขัดใจแกมากนักครับ ส่วนเรื่องดื่มเหล้า สูบบุหรี่นี้ไม่เคยเลยครับ”

การสรุปปัญหาการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุรายนี้มีปัญหาในการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน 6 เรื่อง คือ 1. การรับประทานอาหาร 2. การอาบน้ำ 3. การแต่งตัว 4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ 5. การนอน และ 6. การส่งเสริมสุขภาพ และมีความเสี่ยงเรื่อง การหลงออกนอกบ้าน

ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด เหนื่อย ในการดูแลและยังไม่สามารถแก้ปัญหาการจัดการดูแลผู้สูงอายุได้ในบางเรื่อง

ผู้ศึกษาได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ในหัวข้อเรื่องที่มีปัญหาหรือความเสี่ยง ซึ่งได้แก่

เรื่องที่ 1. การรับประทานอาหาร เรื่องที่ 2. การอาบน้ำ เรื่องที่ 3. การแต่งตัว เรื่องที่ 4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ เรื่องที่ 5. การนอน เรื่องที่ 8. การหลงออกนอกบ้าน และเรื่องที่ 9. การส่งเสริมสุขภาพ

และได้แนะนำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของแขนทั้ง 2 ข้าง ให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดการกิจวัตรประจำวัน และไปพบแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

การประเมินผล

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้แล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดูแลลดลง มีความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ปัญหาภาวะสุขภาพที่แขนทั้ง 2 ข้างที่พบได้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล มีการผ่าตัดหัวไหล่เพื่อใส่เหล็ก ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้แขนได้ดีขึ้น

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ 2 (คุณยาย ข) : ญาติโทรศัพท์มาปรึกษา

หญิงไทย อายุ 73 ปี สถานภาพสมรส หม้าย (สามีเสียชีวิตแล้ว) ภูมิลำเนา จังหวัดสมุทรสงคราม มีลูกชาย - หญิง หลายคน ลูกสาวเป็นผู้โทรศัพท์มาปรึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีสมองเสื่อม "จะทำยังดีคะ ตอนนั้นก็ดูแลใกล้ชิดเองเลย ทำให้แม่เองหมดเกือบจะทุกอย่างแล้ว ก็เคยไปหาคุณหมอบอกเค้าก็บอกว่าแม่ขาดสารอาหารอย่างมาก ตอนนั้นก็เลยพยายามได้ป อาหารดี ๆ มีประโยชน์ให้ จะแพงแค่ไหนก็ยอม กันก็ดีขึ้นนะคะจากแต่ก่อนที่ไปอยู่กับน้อง ให้แบ่งเด็กของนอกราให้เลย ดีมากเลยนะคะแบ่งนี้ ทุกวันนี้ก็พยายามชวนเค้าคุย ชวนดูโทรทัศน์ แต่บางทีก็ต้องปล่อยไว้คนเดียวกับเด็กลูกจ้างบ้างเวลาที่ต้องออกไปข้างนอกนะคะ แล้วตอนนี้จะต้องทำอะไรยังไงอีกคะ มีอะไรจะแนะนำอีกบ้างมั้คะ ไปหาหมอบอกแล้วหมอบอกว่าขาดสารอาหารอย่างเดียว ส่วนเรื่องหลังลืมก็คงจะเป็นแบบนี้"

ผู้ดูแลรู้สึกกังวลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม มีความไม่มั่นใจในการดูแล ไม่ทราบว่าจะส่งเสริมอะไรในเรื่องใดบ้างจึงจะดีต่อผู้สูงอายุ

และจากการซักประวัติเพิ่มเติม ทราบว่าคุณยายจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขณะนี้เป็นโรคเมเร็งที่มดลูกด้วย เคยผ่าตัดไปแล้วเมื่อประมาณ 2 ปีก่อน อาการต่าง ๆ ก็ดีขึ้น มาช่วงนี้อาการกำเริบขึ้นมาอีก มีการรุกรามของเมเร็งจากที่คุณหมอบอก แต่ก็ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดอะไร

ผลการทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 ได้ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป

การทบทวนอาการตามระบบ เคยมีอาการปวดศีรษะบ้างนาน ๆ ครั้ง สายตายาว แต่ไม่ได้สวมแว่นสายตา การมองเห็นชัดเจนดี ไม่เคยตาอักเสบ หูได้ยินชัดเจนดี ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่หู ไม่เคยมีอาการเจ็บหู หรือมี Discharge จากหู จมูกได้กลิ่นปกติ เคยเป็นหวัดคัดจมูกและมีน้ำมูกบ้าง แต่ไม่เคยสั่งน้ำมูกแล้วมีเลือดหรือสิ่งผิดปกติปน ไม่เคยมีเลือดกำเดาไหล มีฟันผุบ้างแต่อุดไว้แล้ว เคยเป็นแผลในปากแต่ไม่เคยมีเลือดออกตามไรฟัน ไม่เคยมี อาการแน่นบริเวณคอหรือเจ็บในคอ ไม่เคยมีปัญหาการกลืนอาหารลำบาก สำลัก หรือเสียงแหบ ไม่เคยคล้ำพบก้อนในร่างกาย ไม่เคยมีอาการแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่ออก ไม่เคยมีอาการใจสั่น หน้ามืด เป็นลม หรือหมดสติ แต่มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ เคยต้องรับประทานยานอนหลับจึงจะหลับได้ แต่เป็นนาน ๆ ครั้ง รับประทานอาหารธรรมดา รสไม่จัด เคยมีปัญหาเรื่องปวดท้อง ท้องเสียและท้องผูกบ้าง ปกติถ่ายอุจจาระทุกวัน สีค่อนข้างเข้มออกดำ ปัสสาวะสีเหลืองใสวันละประมาณ 5 – 6 ครั้ง แขนขาและข้อต่าง ๆ ในร่างกาย เคลื่อนไหวและใช้การได้ดี และมีแรงพอควร ไม่เคยมีอาการตัวซีด เหงื่อหรือแดงคล้ำผิดปกติ ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับเลือดหรือหลอดเลือด ไม่เคยมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลมหรือหิวโหย หรือเหนื่อยแบบผิดปกติ ไม่เคยเป็นโรคผิวหนังหรือมีผื่นคันตามตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

Skin	: ผิวหนังค่อนข้างแห้งเล็กน้อย ไม่มีรอยแผลเป็นตามตัว การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ
Lymph nodes	: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง
Head and face	: หน้าทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่มีความบิดเบี้ยวผิดปกติใด ๆ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ
Eyes	: ตาทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี มองเห็นชัดเจนดี ตาไม่เหล่ ไม่แดง ไม่มีต่อลมต้อเนื้อใด ๆ
Ears	: หูทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี ไม่มีขี้หูอุดตัน ได้ยินชัดเจนดี
Mouth and throat	: ปากสมมาตรกันดี ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย คอไม่แดง ต่อมทอนซิลไม่โต
Neck	: หลอดลมอยู่กลาง ตรงดี คลำไม่พบก้อน
Breath	: คลำไม่พบก้อนเนื้อผิดปกติ
Chest and lung	: ทรวงอก 2 ข้างสมมาตรกันดี รูปร่างปกติ ขยายตัวตามจังหวะของการหายใจได้ดี ฟังเสียงปอด Clear ดีไม่มี Wheezing หรือ Rhonchi และ Crepitation
Heart and vessels	: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังได้ชัดเจนดี 84 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงผิดปกติใด ๆ
Abdomen	: ทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน ไม่พบตับหรือม้ามโต Bowel Sound Positive
Bone-joint-muscles	: กระดูกและข้อต่าง ๆ ปกติ กล้ามเนื้อแข็งแรงดีพอควร
Genitalia	: บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์มีสีคล้ำ มีรอยคล้ายไหม้จากการฉายแสง
Anus and rectum	: บริเวณก้นมีรอยแดงจาง ๆ จากที่เคยมีแผลกดทับ
Extremities	: เท้าทั้ง 2 ข้างไม่บวม ไม่มีตุรุ่ม
Neurological	: ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยสื่อสารกันได้รู้เรื่อง สามารถสั่งการใช้งานอวัยวะต่าง ๆ และควบคุมได้เป็นปกติ ตอบสนองกับสิ่งเร้าได้

ผลการสัมภาษณ์ปัญหาญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 เรื่อง เป็นดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหารับประทานอาหารเองไม่ได้ มักจะนั่งเล่นช้อน-ส้อม ผู้ดูแลแก้ปัญหาโดยการป้อนอาหารให้ ดังคำบอกของผู้ดูแลว่า "รับประทานอาหารเองไม่ได้ จับช้อนเล่นเฉย ๆ แต่ไม่ตักอาหารเข้าปากซะที ก็เลยป้อนให้เลย ถ้าป้อนให้หนักทานได้หมดเกลี้ยงเลยนะคะ"

2. การอาบน้ำ ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการอาบน้ำเองโดยบอกว่า “แม่อาบน้ำเองไม่ได้ ได้แต่ยืนเล่นน้ำ แต่ไม่อาบน้ำ” ผู้ดูแลแก้ปัญหาด้วยการอาบน้ำให้กับผู้สูงอายุ

3. การแต่งตัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการแต่งตัว ไม่สามารถแต่งตัวเองได้โดยเล่าว่า “แม่แต่งตัวเองไม่ได้ จะนั่งแกะเม็ดกระดุมเล่น” และแก้ปัญหาโดยการช่วยแต่งตัวให้กับผู้สูงอายุ

4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยและบางครั้งบอกล่วงหน้าไม่ได้ ผู้ดูแลพูดว่า “เวลาปวดปัสสาวะจะบอกล่วงหน้าได้เป็นบางครั้ง และขอเข้าห้องน้ำอยู่บ่อย ๆ” การแก้ปัญหาของผู้ดูแลคือ คอยถามเรื่องความต้องการเข้าห้องน้ำอยู่บ่อย ๆ

5. การนอน ไม่พบปัญหา

6. อาการประสาทหลอน ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าผู้สูงอายุมีอาการประสาทหลอน “บางทีก็พูดคนเดียว พูดไม่มีสาระอะไรไปเรื่อยเปื่อยเหมือนบ่น ๆ บางทีก็มีบ้างที่พูดเหมือนมีใครพูดอยู่กับแกด้วย” และแก้ปัญหาโดยการที่บ้างก็ทำเป็นเฉย ไม่ตอบ ไม่พูด ปลอบให้ผู้สูงอายุพูดไป

7. การลิ้มของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น ไม่พบปัญหา

8. การหลงออกนอกบ้าน ไม่พบปัญหา ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลา และมีคนช่วยดูแลอีก 1 คน

9. การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยากที่จะส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุให้เต็มที่ ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ก็ให้แม่เค้าเดิน ๆ เล่นอยู่ในบ้านนี่แหละคะเท่าที่จะเดินไหว ก็จะชวนเดินออกกำลังกายอยู่ทุกวัน แกก็ชอบนะคะ อาหารที่ให้ก็เป็นอาหารดี ๆ ทั้งนั้นนะคะ ทั้งปลาทะเล ข้าวบด อาหารเสริมทางการแพทย์ต่าง ๆ ก็ให้ด้วย กับหลานชายคุณยายเค้าก็คุยกันดีคะ กับลูกของน้องชายก็มาเยี่ยมอยู่คะ ไม่เคยตีแม่หรือสบ누หรือเลยคะ”

การสรุปปัญหาและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

มีปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน 6 เรื่อง คือ 1. การรับประทานอาหาร 2. การอาบน้ำ 3. การแต่งตัว 4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ 5. อาการประสาทหลอน และ 6. การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ศึกษาได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ในหัวข้อเรื่องที่มีปัญหาทั้งหมด 6 เรื่อง ร่วมกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การประเมินผล

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้แล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ดีใจกับแนวทางที่แนะนำไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“เดี๋ยวนี้เรื่องการทำงานอาหารดีขึ้นเยอะเลยคะ ก็บอกวิธีการใช้ช้อน-ส้อม ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง แก่ก็จะทำได้ ไม่น่าเชื่อเลยนะคะ แหมโชคดีจริง ๆ เลยนะคะเนี่ย”

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ 3 (คุณยาย ค) : ญาติโทรศัพท์มาปรึกษา

หญิงไทย อายุ 85 ปี สถานภาพสมรส หม้าย ภูมิลำเนา จังหวัดลำปาง มีลูกชาย - หญิง 4 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นผู้โทรศัพท์มาปรึกษาว่ามีปัญหาในการดูแล เนื่องจากความวุ่นวาย ชอบเดินไปที่นู่นที่นี้ มีปัญหาเรื่องการโกหกด้วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า “เดี๋ยวนี้วุ่นวายมาก เดินไปนู่นมานี่ ทั้งวัน บอกกันก็ครั้งก็ไม่ยอมเชื่อ บางทีก็ชอบแกล้งทำเป็นพูดว่ามีคนมาบอกอย่างนั้นอย่างนี้ เราก็กังขวยใจไม่อยากให้แกโกหก อาหารก็ไม่ยอมทาน แล้วบางทีถ้าแผลอกก็จะแอบเดินไปตลาดนัดใกล้ ๆ บ้านอยู่เรื่อย”

ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยในการดูแลผู้สูงอายุ บางครั้งเกิดความไม่แน่ใจในพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ว่าเป็นการแกล้งหรือเปล่า พยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่สามารถจัดการได้

จากการซักประวัติเพิ่มเติม ทราบว่าคุณยายจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีครอบครัวตั้งแต่สาว ๆ แล้วก็แยกกันอยู่ตั้งแต่ลูกสาวคนเล็กยังเรียนไม่จบ แยกกันไปนานกว่า 10 ปี แล้วจึงกลับมาอยู่กับครอบครัวของลูกสาวคนเล็ก ช่วยเลี้ยงหลานให้ เคยพาไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล ไม่มีโรคอะไร นอกจากชอบบ่นปวดเมื่อยเนื้อตัว

ผลการทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE - Thai 2002 ได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป

การทบทวนอาการตามระบบ เคยมีอาการปวดศีรษะบ้างแต่ไม่บ่อย สายตายาวแต่ไม่ได้สวมแว่นสายตา มองเห็นชัดพอควร ไม่เคยมีอาการตาอักเสบ หูได้ยินชัดเจนพอควร ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่หู ไม่เคยมีอาการเจ็บหูหรือมี Discharge จากหู จมูกได้กลิ่นปกติ เคยมีอาการคัดจมูกและมีน้ำมูกบ้างช่วงที่เป็นหวัด แต่ไม่เคยมีความผิดปกติอะไร มีฟันผุแต่ได้อุดไว้แล้ว ไม่เคยมีอาการเจ็บหรือมีแผลในปากและคอ ไม่เคยมีเลือดออกตามไรฟัน ไม่เคยมีอาการแน่น เจ็บในคอ ไม่เคยมีปัญหากลืนอาหารลำบาก สำลัก เสียงแหบ หรือคล้ำปากก้อน ไม่เคยมีอาการแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่ออก ไม่เคยมีอาการใจสั่น หน้ามืดหรือเป็นลมหมดสติ แต่มีเรื่องนอนไม่ค่อยหลับ เคยหายานอนหลับมารับประทานเอง แต่ไม่บ่อยรับประทานธรรมดา รสไม่จัด เคยมีปัญหาเรื่องปวดท้องท้องเสียและท้องผูกบ้างแต่นานมาแล้ว ปกติถ่ายไม่ทุกวัน ปัสสาวะวันละประมาณ 3 - 4 ครั้ง แขนขา และข้อต่าง ๆ ในร่างกาย เคลื่อนไหวและใช้การได้ดี แขน-ขา-มือ-เท้ามีแรงดี ไม่เคยมีอาการตัว

ซึบเขียวหรือแดงคล้ำผิดปกติ ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับเลือดหรือหลอดเลือด ไม่เคยมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลมหรือหิวโหย หรือเหนื่อยแบบผิดปกติ ไม่เคยเป็นโรคผิวหนังหรือมีผื่นคันตามตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

Skin	: ผิวหนังค่อนข้างแห้งเล็กน้อย มีรอยแผลเป็นที่ตัวบ้าง การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ
Lymph nodes	: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง
Head and face	: หน้าทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่มีความบิดเบี้ยวผิดปกติ ใดๆ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ
Eyes	: ตาทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี มองเห็นชัดเจนพอควร ตาไม่เหล่ ตาไม่แดง ไม่มีต่อมต่อเนื้อใด ๆ
Ears	: หูทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี ไม่มีซีหูอุดตัน ได้ยินชัดเจน
Mouth and throat	: ปากสมมาตรกันดี ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย คอไม่แดง ต่อมทอนซิลไม่โต
Neck	: หลอดลมอยู่กลาง ตรงดี คลำไม่พบก้อน
Breath	: คลำไม่พบก้อนเนื้อผิดปกติ
Chest and lung	: ทรวงอก 2 ข้างสมมาตรกันดี รูปร่างปกติ ขยายตัวตามจังหวะการหายใจได้ดี ฟังเสียงปอด Clear ดี ไม่มี Wheezing หรือ Rhonchi และ Crepitation
Heart and vessels	: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังได้ชัดเจนดี 74 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงผิดปกติใด ๆ
Abdomen	: ทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน ไม่พบตับหรือม้ามโต Bowel Sound Positive
Bone-joint-muscles	: แขน ขา มือ เท้า กระดูกและข้อต่าง ๆ แข็งแรงดี ใช้งานได้ดี
Genitalia	: ไม่ได้ตรวจ
Anus and rectum	: ไม่ได้ตรวจ
Extremities	: เท้าทั้ง 2 ข้างไม่บวม ไม่ผิดปกติ
Neurological	: ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยสื่อสารกันรู้เรื่อง สามารถสั่งการใช้งานอวัยวะต่าง ๆ และควบคุมได้เป็นปกติ ตอบสนองกับสิ่งเร้าได้เป็นปกติ

ผลการสัมภาษณ์การประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาหรือความเสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 เรื่อง คือ

1. การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดูแล การไม่ยอม

รับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกล่าวว่า “เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยทาน ทานน้อยลงกว่าเมื่อก่อนคะ ก็ถ้ามีโอกาสก็จะซื้อของที่คุ้นเคยขอมาให้ ก็จะสามารถได้เยอะหน่อย”

2. การอาบน้ำ ไม่พบปัญหา

3. การแต่งตัว ไม่พบปัญหา

4. การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ ไม่พบปัญหา

5. การนอน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุรู้สึกว่าการนอนดีของผู้สูงอายุเป็นปัญหาต่อผู้ดูแล และยังไม่มียุทธศาสตร์แก้ปัญหา จึงกล่าวว่า “เนี่ยคะไม่ค่อยนอน กว่าจะนอนก็ตึก”

6. อาการประสาทหลอน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุรู้สึกว่าพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการแกล้ง เป็น การโกหก ดังที่เล่าว่า “บางทีก็ชอบแกล้งทำเป็นพูดว่ามีคนมาบอกอย่างนั้นอย่างนี้ เราก็ไม่อยากให้ แกล้งโกหก ก็ไม่รู้ว่าจะอันไหนจริงไม่จริงยังไง” และต้องการการแก้ปัญหา

7. การลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น ผู้ดูแลและผู้สูงอายุคิดว่าอาการลืมของในผู้สูงอายุเป็นเรื่อง ปกติ แต่ไม่อยากให้ไปกล่าวหาคนอื่น จึงแก้ปัญหาโดยการคอยเปลี่ยนเรื่องบ้าง ทำเป็นไม่สนใจบ้าง เวลาที่ผู้สูงอายุถามถึงสิ่งของ แต่บางทีก็เกิดความไม่แน่ใจว่าผู้สูงอายุแกล้งหรือเปล่า

8. การหลงออกนอกบ้าน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุคิดว่าในขณะนี้ยังไม่มีปัญหา แต่ก็อาจจะมีโอกาส เกิดขึ้นได้เหมือนกัน จึงกล่าวว่า “บางทีถ้าเผอิญก็จะแอบเดินไปตลาดนัดใกล้ ๆ บ้านอยู่เรื่อย กลัวว่า จะหลงหายไปเหมือนกัน”

9. การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุคิดว่ามีปัญหาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่า “ไม่ได้ออกกำลังกายเลยคะ ก็ได้แต่เดินเองตามปกติแหละคะ อาหารแก่ก็ทานได้น้อย ส่วน เรื่องดื่มเหล้า สูบบุหรี่นี้ตั้งแต่มาอยู่ด้วยกันนี่ไม่มีนะคะ แต่เมื่อสาว ๆ เคยสูบบุหรี่”

การสรุปปัญหาและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

มีปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน 5 เรื่อง คือ 1. การ รับประทานอาหาร 2. การนอน 3. อาการประสาทหลอน 4. การลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น และ 5. การส่งเสริมสุขภาพ

มีความเสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน 1 เรื่อง คือ การหลงออกนอกบ้าน

ผู้ศึกษา ได้ให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านใน หัวข้อเรื่องที่มีปัญหาทั้ง 6 เรื่อง

การประเมินผล

ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปทดลองใช้แล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น ความเครียดในการดูแลลดลง แต่ก็ยังมีบางครั้งที่นึกไม่แน่ใจขึ้นมาอีกว่าผู้สูงอายุแกล้งหรือเปล่า



สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ผลการศึกษา คือ ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน 9 ประการได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร 2) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการอาบน้ำ 3) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการแต่งตัว 4) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ 5) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการนอน 6) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องอาการประสาทหลอน 7) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการลืมของ ขอบก่ล่าวหาผู้อื่น 8) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการหลงออกนอกบ้านและ 9) แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ราย พบว่า เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงทั้ง 3 ราย อยู่ในช่วงอายุ 73 – 85 ปี มีคะแนนจากการทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 อยู่ในช่วง 9 – 14 คะแนน จากการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป พบว่า มีความผิดปกติของหัวใจ 1 ราย เป็นมะเร็งปากมดลูก 1 ราย และจากการสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 เรื่อง พบว่า เรื่องที่ 2 การอาบน้ำ มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย เรื่องที่ 3 การแต่งตัว มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย เรื่องที่ 4 การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย เรื่องที่ 5 การนอน มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย เรื่องที่ 6 อาการประสาทหลอน มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย เรื่องที่ 7 การลืมของ ขอบก่ล่าวหาผู้อื่น มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 1 ราย เรื่องที่ 8 การหลงออกนอกบ้าน มีปัญหาหรือความเสี่ยง จำนวน 2 ราย และเรื่องที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงทุกรายคือ เรื่องที่ 1 การรับประทานอาหาร และ เรื่องที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ไปทดลองใช้แล้ว พบว่า ปัญหาหรือความเสี่ยงในการจัดการการดูแลด้านด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 9

เรื่องได้รับการแก้ไข และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การทบทวน และผลการวิจัย เอกสารตำราทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และในแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน และทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พบในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ Gulanick et al. 1994 ; Ackley and Ladwig.1999 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2549) คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรม (Behavior Disturbance) ปัญหาทางจิต (Psychiatric Symptoms) ระดับการช่วยเหลือตนเองที่น้อยลง (Increase Dependence) ปัญหาในด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม (Environmental Safety Issue) ปัญหาการกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) และปัญหาความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Role Strain)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน พบว่า เมื่อนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปใช้แล้ว ปัญหาและการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้ง 9 เรื่องได้รับการแก้ไข ดังนั้นจึงควรนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน ไปใช้จริงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านต่อไป

2. จากผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านไปใช้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนา แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านร่วมกับโรคอื่น ๆ

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุแห่งอื่น เพื่อศึกษาว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านนี้ มีความเหมาะสมในสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุแห่งอื่นเพียงใด



บรรณานุกรม

- กำพล ศรีวัฒน์กุล. (2545). ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากภาวะสมองเสื่อม Alzheimer. กรุงเทพมหานคร : สยามสปอร์ต ซินดิเคท.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2540). สมองเสื่อม : โรคหรือวัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คบไฟ.
- คณะอาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลศิริราช. (2542). โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา. พิมพ์แจกในงานฌาปนกิจศพ คุณพ่อธำนิษฐ์ มุทิตางกูร. กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์.
- จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ บรรณาธิการ. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ บรรณาธิการ. (2542). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม.
- เจนนีเฟอร์ เฮย์. (2544). โรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อม คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ Alzheimer's & Dementia : Question you have... Answer you need. ผู้แปล จันทรชัย เจริญประเสริฐ. กรุงเทพมหานคร : หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ศุภานิชการพิมพ์.
- ชุติมา สীবวงศ์ลี. 2544. การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถิอศีล ดิฐวัฒน์โยธิน. (2549). 10 ระบบเปลี่ยนแปลงเมื่อวัยเปลี่ยนไป. กรุงเทพมหานคร : เนชั่นมัลติมีเดีย กรุ๊ป.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2549). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 21. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พิมพ์ดี.
- . (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.
- บุญศรี นุเกตุ, ปาสีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ บรรณาธิการ. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี : ยุทธินทรการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2548). การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ : การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พนัส ธัญญะกิจไพศาล บรรณารักษ์. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : พี เค โพรมิเนนท์.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. (2542). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- ไพจิตร ล้อสกุลทอง. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช ทับมณี. (2544). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. (2548). เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11 – 15 Adult and Elderly Nursing. กรุงเทพมหานคร : แสงจันทร์การพิมพ์.
- รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2548) online....<http://www.agingthai.org/index.cgi?p=content&id=166>
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2545). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขภาพศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์.
- โรเจอร์ เฮนเดอร์สัน. (2547). อยู่ 100 ปี ด้วย 100 วิธีรักษาสุขภาพ. ผู้แปล ปรียาธร พิทักษ์วรรัตน์. กรุงเทพมหานคร : ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- "เรื่องของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม" (2542). หนังสือระลึกถึง คุณสมบัติ ไชยอาษา. กรุงเทพมหานคร : เอ็ม. ที. เพรส.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จิรวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี โภคะกุล. (2548). การดูแลแบบสหสาขาวิชาผู้ป่วยสูงอายุ : การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันเพ็ญ เซาว์เชิง. (2545). อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Nursing Management For People with Dementia). เอกสารสัมมนาทางวิชาการ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมสำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2547). แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR DEMENTIA. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาทิส อินทรกำแหง. (2541). ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สามารถ นิธินันท์. (2540). การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย. เวชสารแพทย์ทหารบก. 50(40), 189-196.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. สมองเสื่อมคืออะไร สมองเสื่อมกับสมองฝ่อเหมือนกันหรือไม่. (Online). แหล่งที่มา
http://www.geocities.com/alzheimerasso/knowledge_dementia1.html.
 (27 มิถุนายน 2549)
- (2549) สมองเสื่อม. เอกสารสัมมนาทางวิชาการ. กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ Principle of Geriatric Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (2542) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สาธารณสุข. (2544). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เสนอ อินทรสุขศรี. (2547). ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสารการพิมพ์.
- อรวรรณ อุทัยเสน บรรณาธิการ. (2540). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. กรุงเทพมหานคร : ธีรพงษ์การพิมพ์.
- เอลล่า คียส์. (2540). เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง : การขับถ่าย = Caring for Bedridden Older People : TOILETING. ผู้แปล ปรารธนา ลังการพิณรุฑ์. เชียงใหม่ : องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (2540). เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง : การเคลื่อนไหว = Caring for Bedridden Older People : THE NEED TO MOVE. ผู้แปล ปรารธนา ลังการพิณรุฑ์. เชียงใหม่ : องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เอลล่า คีย์ส. (2540). เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง : การติดต่อสื่อสาร
= Caring for Bedridden Older People : COMMUNICATING. ผู้แปล ปรรณนา
ลิ่งการ์พินธุ์. เชียงใหม่ : องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- . (2540). เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง :
การรับประทานอาหาร = Caring for Bedridden Older People : EATING AND
DRINKING. ผู้แปล ปรรณนา ลิ่งการ์พินธุ์. เชียงใหม่ : องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่าง
ประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- . (2540). เทคนิควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง : การอาบน้ำและ
สวมเสื้อผ้า = Caring for Bedridden Older People : WASHING AND
DRESSING. ผู้แปล ปรรณนา ลิ่งการ์พินธุ์. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ
คณะพยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เออซูล่า เกรก และแซนดร้า วัตส์. (2540). แนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้
สูงอายุ สมองเสื่อม = Practical Rehabilitation for Elders with Disability :
DEMENTIA. ผู้แปล ปรรณนา ลิ่งการ์พินธุ์. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ
คณะพยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- . (2540). แนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหว =
Practical Rehabilitation for Elders with Disability : MOBILITY. ผู้แปล ปรรณนา
ลิ่งการ์พินธุ์. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- . (2540). แนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ การมองเห็น =
Practical Rehabilitation for Elders with Disability : SIGHT. ผู้แปล ปรรณนา
ลิ่งการ์พินธุ์. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์.
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- . (2540). แนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ การได้ยิน =
Practical Rehabilitation for Elders with Disability : HEARING. ผู้แปล ปรรณนา
ลิ่งการ์พินธุ์. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนระหว่างประเทศ คณะพยาบาลศาสตร์.
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2548). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ,วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- American Geriatrics Society. (2003). Guidelines Abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia. Journal of the American Geriatrics Society. 51 : 869-873.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4 th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arayawichanont, A., Senanarong, V., Prayoonwiwat, N., & Pongvarin, N. (2000). Do physicians recognize dementia? Siriraj Hospital Gazette, 52(8), 528-532.
- Assantachai, P., Yamwong, P., & Chongsuphajaisiddhi. T. (1997) Relationships of vitamin B1, B12, folate and the cognitive ability of the Thai rural elderly. Journal of the Medical Association of Thailand, 80(11), 700-705.
- Foreman, M. D., Fletcher, K., Mion, L. C., & Simon, L. (1998). Assessing cognitive function. In J. A. Allender, & C. L. Rector (Eds.), Readings in Gerontological Nursing (pp.408-415). Phyladelphia: Lippincott.

ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ผนวก ก

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002
 ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
 (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่อยู่นี้ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร
- 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ / เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย.....) ตั้งใจ ฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดียว ผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำ ให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้

1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย.....) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อคิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย.....) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) สะกด ถอดหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรกคำว่ามะนาวสะกดว่า มะม้า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย.....) สะกดถอดหลัง ให้ฟังซิ”

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไซ้”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) รับผิดชอบมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ รับผิดชอบมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย.....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้

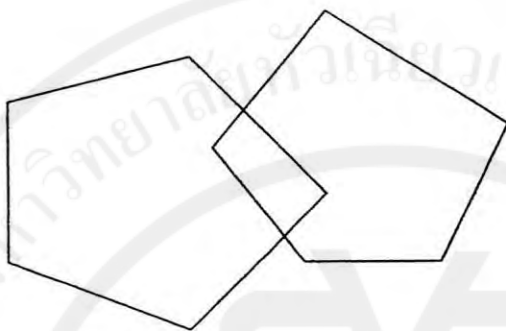
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา, ยาย.....)เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย มา 1 ประโยค”

.....
ประโยคมีความหมาย

11. Visual construction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut - off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ผนวก ข

แบบบันทึกการซักประวัติและการตรวจร่างกายทั่วไป

การทบทวนอาการและตรวจร่างกายตามระบบ

Skin.....

Lymph nodes.....

Head and face.....

Eyes.....

Ears.....

Nose.....

Mouth and throat.....

Neck.....

Breast.....

Chest and lungs.....

Heart and vessels.....

Abdomen.....

Genitalia.....

Anus

Extremities.....

Bone-joint-muscles.....

Neurological.....

ผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ปัญหาและการจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุ.....
2. การจัดการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
 - 2.1 เรื่องการรับประทานอาหาร
 - 2.1.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือไม่อย่างไร.....
 - 2.1.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.2 เรื่องการอาบน้ำ
 - 2.2.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการอาบน้ำหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.2.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการอาบน้ำของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.3 เรื่องการแต่งตัว
 - 2.3.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการแต่งตัวหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.3.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการแต่งตัวของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.4 เรื่องการขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ
 - 2.4.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.4.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.5 เรื่องการนอน
 - 2.5.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.5.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการนอนของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.6 เรื่องอาการประสาทหลอน
 - 2.5.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องอาการประสาทหลอนหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.3.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องอาการประสาทหลอนของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.7 เรื่องการลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่น
 - 2.7.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเรื่องการลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร.....
 - 2.7.2 ท่านจัดการเรื่องการการลืมของ ชอบกล่าวหาผู้อื่นของผู้สูงอายุอย่างไร.....
 - 2.8 เรื่องการหลงออกนอกบ้าน
 - 2.8.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการหลงออกนอกบ้านหรือไม่ อย่างไร.....

- 2.8.2 ท่านจัดการการดูแลในเรื่องการหลงแกนอนกบ้านของผู้สูงอายุอย่างไร.....
- 2.9 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.9.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร.....
- 2.9.2 ท่านจัดการการดูแลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของ



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวกัลยา ศารทูลทัต
วัน เดือน ปีเกิด	21 มกราคม 2517
ที่อยู่ปัจจุบัน	347 หมู่ 8 ซอยรามอินทรา 61 ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10230
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2538 - 2548	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหัวเฉียว
พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน	พยาบาลประจำสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ