

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ*

PROMOTING THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WITH
BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ

K. Sinsak Suvanchot

นพรัตน์ ไชยขำนิ

Nopparat Chaichumni

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี

Suansaranrom Hospital Suratthani, Thailand

วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์

Wipawan Chaoum Pensuksan

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Walailak University, Thailand

วันดี สุทธรังสี

Wandee Suttharangsee

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Print of Songkhia University, Thailand

ภาวดี เหมทานนท์

Pawadee Hamtanon

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Thailand

E-mail: pawadeehh@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการนำเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรทางวิชาชีพและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านจิตใจ ให้ความสำคัญความสบายใจของผู้สูงอายุ 3) ด้านสังคม ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับลูกหลานและการได้พูดคุยกับเพื่อนในวัยใกล้เคียงกัน และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นที่การได้รับความช่วยเหลือจากสวัสดิการของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้

* Received 27 September 2019; Revised 18 October 2019; Accepted 24 October 2019



พลังและส่งผลต่อด้านจิตใจ รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น เป็นต้น ผู้ดูแลจึงมีแนวทางในการดูแลตนเอง ดังนี้ 1) การปรับความคิดและวิถีคิด 2) การคงความสมดุลระหว่างบทบาทการเป็นผู้ดูแลและชีวิตส่วนตัว 3) การดูแลจิตใจตัวเอง 4) การดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง 5) การมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้สูงอายุ 6) การสื่อสารกับคนในครอบครัวด้วยความเข้าใจ

คำสำคัญ: สมองเสื่อม, ผู้ดูแล, คุณภาพชีวิต, ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

Abstract

The objective of this article to present about guidelines for caring the elder with behavioral and psychological symptoms of dementia that emphasize participation of professional and family caregivers. Which aims to improve the quality of life in the elderly with dementia in 4 aspects, 1) the physiology that focuses on self – care, especially in daily activities 2) psychological aspects that concerned about the peace of mind in the elder 3) social aspects that considered having activities with their children and talking with friends of same age, and 4) Environmental aspects that focusing on received welfare from the government for caring for the elderly. However, caring the elder that used more power and effected psychology, the cost of care, etc., The guideline for caregivers to take care themself for as follows: 1) modify ideas and strategies of thinking 2) balance between the role of caregiver and daily life 3) caring of one's mind 4) take care of physical health 5) having social activities with the elderly 6) understanding communicate with family members.

Keywords: Dementia, Caregivers, Quality Of Life, Behavioral And Psychological Symptoms Of Dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) พบมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย จำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นและมีแนวโน้มมากกว่าจำนวนประชากรเด็กในทุกปี อีกทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นและมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอายุของประชากรที่เพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) รายงานว่าปัจจุบันประชากรจำนวน 50 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อม และทุกปีจะพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคน ข้อมูลการ



สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 เป็นความชุกในเพศหญิงร้อยละ 9.2 เพศชายร้อยละ 6.8 และพบความชุกรวมของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4.8, 7.7 และร้อยละ 22.6 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2559)

ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมถึงครอบครัว อีกทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ รวมถึงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก ทุกระยะของภาวะสมองเสื่อมมักพบว่าจะมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วย (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ, 2554) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ที่สำคัญคือมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ดูแลและครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลและช่วยเหลือตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษา บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้การสนับสนุนและส่งเสริมสมรรถนะการดูแล และส่งเสริมวิธีการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

บทความนี้มุ่งนำเสนอประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย ความหมายของภาวะสมองเสื่อมและอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และการดูแลตัวเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ

ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้สูงอายุมีความพร่องในการดูแลตัวเองและส่งผลให้มีภาวะพึ่งพิง (Dependence) บุคคลอื่น ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อมและอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

1. ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (World Health Organization, 2019) เป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองหลายด้านโดยเฉพาะด้านการรู้คิด (Cognitive function) ลักษณะเสื่อมถอยอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลกระทบต่อความจำ ความคิด พฤติกรรม



และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ประสาทหรือการทำงานของเซลล์ประสาทผิดปกติจากกระบวนการชราภาพ (Aging process) ความผิดปกติของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดแข็งตัว ตีบตัว หรือมีการอุดตันเป็นเวลานาน การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินบี 12 โฟเลต ไนอาซิน ซึ่งเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการทำงานของสมอง รวมถึงปัจจัยด้านพันธุกรรม พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นในครอบครัวที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมและพบว่าภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) มีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 10, 14, 19 และ 21 อาการและอาการแสดงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย สมาธิสั้น ถูกดึงความสนใจได้ง่าย มีปัญหาในการจัดการวางแผนงาน มีปัญหาความจำเรื่องปัจจุบันที่เพิ่งจะเกิดขึ้น ถามคำถามเดิมบ่อยครั้ง วางของผิดที่ มีปัญหาการใช้คำพูด พูดผิดพูดถูก สับสนทิศทางแม้เป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น แต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ ทำเสียงดังรบกวนผู้อื่น เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามลำดับความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น ดังนี้

1.1 ระยะเริ่มแรก แสดงอาการระดับเล็กน้อย มักพบอาการหลงลืมโดยเฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้น จำเวลาดนดหมายไม่ได้ หลงทางในสถานที่ที่คุ้นเคย แต่ความจำในอดีตยังชัดเจน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้

1.2 ระยะกลาง อาการหลงลืมเพิ่มขึ้นมักลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน ลืมชื่อคนในครอบครัว หลงทางและหาทางกลับบ้านไม่ได้ ลำบากในการสื่อสาร ถามคำถามเดิมบ่อยครั้ง ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ มีความบกพร่องเรื่องการคำนวณตัวเลข ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ระยะสุดท้ายหรือระยะรุนแรง ผู้สูงอายุจะจำในสิ่งที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไม่ได้ เช่น เพิ่งจะรับประทานอาหารเสร็จแต่บอกว่ายังไม่ได้รับประทาน เพิ่งจะอาบน้ำเสร็จแต่บอกว่ายังไม่ได้อาบน้ำ เป็นต้น อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไม่รู้เวลาและสถานที่ เดินหลงทางในบ้านของตัวเอง จำคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว เดินลำบาก พบพฤติกรรมก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ระยะนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลอื่น

2. อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (BPSD) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเพิ่มขึ้นตามระยะของอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะข้างต้น ได้แก่ ระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะสุดท้าย โดยพบเป็นร้อยละ 67, 76, และ 88 ตามลำดับ (Hessler J. B.,



et al., 2018) อาการสำคัญของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ (กอบททัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2554)

2.1 กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้า การไม่แสดงออกทางอารมณ์ ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ วิตกกังวลมากกว่าปกติ

2.2 กลุ่มอาการทางจิต (Psychotic symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด ที่พบบ่อยคือถูกขโมยเงินหรือสิ่งของ มีคนปองร้าย คู่สมรสนอกใจ คิดว่าคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันเป็นตัวปลอม (Capgras delusion) อาการประสาทหลอนทางหู (หูแว่ว) และประสาทหลอนทางตา (เห็นภาพหลอน)

2.3 กลุ่มอาการเว็จเจทเททิฟ (Vegetative symptoms) ได้แก่ วงจรการนอนผิดปกติ แสดงอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายแต่ไม่ก้าวร้าว เช่น การแต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ พฤติกรรมวุ่นวายในเวลากลางคืน เดินไปมาแบบไร้จุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน พุดซ้า ๆ ย้ำไปย้ำมา

2.4 กลุ่มอาการอื่น ๆ (Other phenomena) ได้แก่ อาการก้าวร้าวทางกาย เช่น การหยิก กัด ขว้างปาสิ่งของ และคำพูด เช่น พุดคำหยาบ ต่ำ แช่ง เป็นต้น การแสดงความเห็นอย่างไม่ถูกกาลเทศะ การควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้จากการขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

อาการและอาการแสดงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่พบมากที่สุดคือ การไม่แสดงออกทางอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น อาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย และอาการซึมเศร้า (อรษา ฉวาง, 2555) และการศึกษาของศิริพร วีระเกียรติ (Veragiat, S., Pensuksan, W. C., Suvanchot, K. S., Yooyen, C., Chetkhunthod, P., & Sarsanas, P., 2017) พบความชุกของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 52.9 อาการที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมวุ่นวายในเวลากลางคืน ซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจ และอาการหลงผิด ร้อยละ 54.8, 51.9, 48.9, 44.2 และ 27.9 ตามลำดับ อาการเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ต้องเพิ่มสมรรถนะในการดูแล โดยเฉพาะการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทั้ง 4 กลุ่มอาการข้างต้น การรักษาภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ การบำบัดด้วยยา เช่น ยารักษาอาการทางจิต ยารักษาอาการเศร้า ยาคลายกังวล เป็นต้น และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา เช่น การบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถด้านการรู้คิด การกระตุ้นความจำ การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส การจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ วิธีบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ เช่น การบำบัดโดยใช้สัตว์เลี้ยง การ



ออกกำลังกาย และการบำบัดเพื่อจัดการกับปัญหาเฉพาะ เช่น การลดอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายโดยใช้ดนตรีบำบัด สุนทรบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือ การใช้ยาอย่างเหมาะสมร่วมกับการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E.B., 2012)

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่บ้านที่สำคัญคือ การช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การฟื้นฟูความสามารถในการทำงานของสมอง การดูแลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน โดยแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2556) ได้แก่ ระยะเริ่มแรก (Initial phase) จัดเป็นระยะรุนแรง เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติอย่างมากจึงต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงอย่างมาก เป็นต้น ระยะกลาง (Interim phase) เป็นระยะที่มีความรุนแรงเริ่มลดลง แต่ยังคงมีความบกพร่องเรื่องความจำ การสื่อสาร การประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ฯลฯ และระยะก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge) เป็นระยะอาการทุเลาลง ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มากขึ้น แต่ยังคงพบอาการผิดปกติอยู่บ้าง ระยะนี้พยาบาลวิชาชีพจะเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวเรื่องการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งพิจารณาตามบริบทความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวเป็นรายกรณี

บทความนี้นำเสนอข้อมูลเฉพาะแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในระยะก่อนกลับบ้านโดยมุ่งเน้นการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อเนื่องที่บ้าน มีดังนี้

1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา อาการของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่อาจกลับซ้ำ และอาการผิดปกติอื่น ๆ
2. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุซึ่งอาจยังคงมีอยู่หรือกลับซ้ำ เช่น การทำร้ายตัวเอง (Self-harm behavior) อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรม



ก้าวร้าว อาการหลงลืมอย่างมากจนทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และการนำส่งโรงพยาบาล

3. จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สิ่งแวดล้อมและสังคมรอบตัวให้กับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่ทำร่วมกับลูกหลาน เช่น พุดคุยเหตุการณ์ประจำวัน การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ เป็นต้น

4. สร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ลดความขัดแย้งและการใช้อารมณ์รุนแรงในครอบครัว เคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ มีการสื่อสารทั้งคำพูดและท่าทางที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าหากผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจรับรู้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี บุคคลในครอบครัวมีความรักและดูแลช่วยเหลือกันจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Suvanchot, K. S. & Pensuksan, W. C., 2019)

5. ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางรายมีอยู่ในภาวะพึ่งพาที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติให้ทั้งหมด บางรายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด บางรายยังสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้บ้างแต่ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือหรือคอยกระตุ้นและให้เวลา เช่น ไม่เร่งรัดขณะทำความสะอาดร่างกายหรือแต่งตัว ให้การช่วยเหลือขณะรับประทานอาหารและขณะออกกำลังกาย เป็นต้น

6. จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านหรือห้องนอนของผู้สูงอายุโดยเน้นความปลอดภัย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีราวจับ มีปฏิทินและนาฬิกาที่มองเห็นตัวเลขได้ชัดเจน เป็นต้น

ผู้ดูแลทุกคนควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุต่อเมื่อที่บ้านก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อผู้สูงอายุกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ดูแลต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลข้างต้นให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว ประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงมีคุณค่าอย่างยิ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ดูแล

ผู้เขียนได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้ดูแลทุกคนเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยตรงและเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สามี ภรรยา หรือบุตร ประกอบกับประสบการณ์ของผู้เขียนในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในโรงพยาบาลจิตเวช พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กล่าวคือผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกันด้านอาการและอาการแสดง



ของภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งคือผู้ดูแลมีความแตกต่างกันด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีมาก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงการรับรู้และการใช้บริการแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน สังคม และรัฐบาล เป็นต้น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีดังนี้

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (Farina N., et al., 2017) ให้ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ในภาพกว้าง หมายถึง บุคคลประเมินการดำรงชีวิต (Position in life) แห่งตน พิจารณาตามบริบทของบุคคลโดยสัมพันธ์กับวัฒนธรรม (Culture) ค่านิยม (Values) เป้าหมาย (Goals) ความคาดหวัง (Expectations) มาตรฐาน (Standards) และความอาทร (Concerns) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพกาย (Physical health) ภาวะสุขภาพจิต (Psychological state) ระดับของความเป็นอิสระ (Level of independence) สัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal beliefs) และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental supports)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สรุปได้ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย ผู้ดูแลพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุไม่มีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาการหลงลืมไม่รุนแรงมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น และมีการพึ่งพิงผู้ดูแลรวมถึงบุคคลอื่นในครอบครัวตามที่จำเป็น

1.2 ด้านจิตใจ ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการที่ผู้สูงอายุสบายใจ ไม่หงุดหงิด ไม่ก้าวร้าว ไม่มีอาการของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกลับซ้ำ ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อหรือตามหลักศาสนา

1.3 ด้านสังคม พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน สามารถดำรงไว้ซึ่งบทบาทของการเป็นปู่ย่าตายาย และการได้พบพูดคุยกับเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกันขณะมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำบุญที่วัดใกล้บ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญในชุมชน เป็นต้น



1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับเรื่องความช่วยเหลือจากสวัสดิการของรัฐบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่เคยรับราชการหรือมีบุตรเป็นข้าราชการจะมีสวัสดิการของรัฐเรื่องค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการราชการผู้ดูแลประเมินว่าครอบครัวจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีสวัสดิการราชการ

2. การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองด้านร่างกาย ซึ่งเป้าหมายการดูแลที่สำคัญของผู้ดูแลคือ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา อาการหลงลืมไม่รุนแรงมากขึ้น กิจกรรมการดูแลที่สำคัญ มีดังนี้

2.1 การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ได้แก่

2.1.1 การอาบน้ำ แต่งตัว ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้ บางรายไม่สามารถติดกระดุมเสื้อได้ หรือบางรายไม่รู้ว่าจะเสื้อมือเท้าอะไร สำหรับผู้สูงอายุบางรายที่สามารถดูแลตัวเองได้บ้าง ผู้ดูแลจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง มีการฝึกทักษะในการดูแลตัวเองให้กับผู้สูงอายุ เช่น การทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า เป็นต้น

2.1.2 การประกอบอาหาร ผู้สูงอายุทุกรายมีอาการหลงลืมจนเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลื่นหกล้ม เป็นต้น ผู้สูงอายุมักวางหม้อหรือกระทะไว้บนเตาแก๊สที่เปิดไฟทิ้งไว้แล้วลืมปิดแก๊ส เปิดก๊อกน้ำทิ้งไว้ เป็นต้น

2.1.3 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุบางรายมีลักษณะเฉื่อยเฉื่อย ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจึงต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในกลุ่มจำนวน 2-3 ราย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยการรำไม้พลอง การแกว่งแขน การเดินช้า ๆ เป็นต้น

2.2 การจัดการกับความไม่สบายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น อาการท้องผูกจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและจัดหาอาหารและผลไม้ที่มีกากใยสูงให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ไหล่ และเอว ผู้ดูแลจะช่วยปรับขนาดและดูแลจัดท่าทางของร่างกายให้เหมาะสม

2.3 การจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุไม่นอนในเวลากลางคืน เนื่องจากแบบแผนการนอนของผู้สูงอายุแปรปรวน ผู้ดูแลต้องจัดกิจกรรมเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุหลับในเวลากลางวัน เช่น มีกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน การเดินเล่น ชวนพูดคุยกับลูกหลานและเพื่อนบ้านในสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขอนามัยการนอน



(Sleep hygiene) ที่ดี เช่น การเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา ไม่ดื่ม น้ำหรือเครื่องดื่มปริมาณมากก่อนนอน เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เครียดสบายใจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และเป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมวุ่นวายในเวลากลางคืน

2.4 ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับยาตามแผนการรักษา ผู้ดูแลบางรายต้องจัดยาและดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตรงตามเวลา สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังรับประทานยา และแจ้งข้อมูลรายละเอียดการใช้ยา ประวัติการแพ้ยาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้บุคลากรทีมสุขภาพรับทราบ

2.5 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมฝึกการทำงานของสมองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น เล่นเกมสัจจับคู่ภาพผลไม้กับลูกหลาน เกมสัจบิงโก การพูดคุยถึงช่วงชีวิตที่มีความสุข การใช้รูปถ่ายคนคุ้นเคยหรือบุคคลในครอบครัวเป็นสื่อเพื่อกระตุ้นความทรงจำ เป็นต้น

ผู้ดูแลควรได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ประกอบกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองที่ปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุเป็นประจำ

3. การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและสังคม

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีความเครียด วิตกกังวล กลุ้มใจ ไม่สบายใจ จะเป็นสิ่งกระตุ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกลับซ้ำ เป้าหมายการดูแลที่สำคัญคือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขตามบริบทของตนเองและครอบครัว กิจกรรมการดูแลที่สำคัญ มีดังนี้

3.1 ให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุตามบทบาทของการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญของครอบครัว

3.2 ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมทั้งการใช้คำพูด น้ำเสียง และท่าทางที่อ่อนโยน ไม่ใช่คำพูดหรือคำถามที่เร่งรัด กัดดัน หรือเร้าความรู้สึกอย่างมากต่อผู้สูงอายุ

3.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ชอบ มีความสุข และเป็นกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น พูดคุยกับคนรู้ใจ ฟังเพลง ร้องเพลง วาดรูป เป็นต้น ดูแลและช่วยเหลือให้ประกอบกิจกรรมตามหลักศาสนาหรือความเชื่อ เช่น การไหว้ครู ไหว้พระ บวงสรวง ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเมื่อได้ทำตามความเชื่อซึ่งเป็นสิ่งดีงามจะทำให้ชีวิตมีความสุข ชีวิตดีขึ้น ความเจ็บป่วยจะทุเลาลง และลูกหลานจะได้รับพรด้วย



3.4 ให้ทุกคนในครอบครัวยอมรับอาการหลงลืมของผู้สูงอายุ ไม่แสดงอารมณ์ หงุดหงิด ไม่ต่อว่า ไม่โต้แย้ง ผู้ดูแลและทุกคนในครอบครัวต้องเข้าใจ อดทน และยืดหยุ่น เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียดจากการสูญเสียความจำ

3.5 สังเกตความผิดปกติของผู้สูงอายุ หากพบว่าผู้สูงอายุมีความเครียด วิดก กังวล ซึมเศร้า หวาดระแวง ควรปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรที่มสุขภาพ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจยังคงรับรู้การปฏิบัติจากคนรอบข้าง การดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักและเคารพด้วยพื้นฐานความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างให้เกียรติ จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข ลดการเกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และมีพฤติกรรมทางลบ รวมถึงการมีปัญหามาตรึมและจิตใจกลับซ้ำ

4. การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ผู้ดูแลควรจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนี้

4.1 ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมผู้ดูแลมีความรู้สึกต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้น สรุปได้ดังนี้

4.1.1 เครียด ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูง จากสาเหตุความคิดและการรับรู้ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เช่น ระแวงว่าผู้ดูแล (ภรรยา) นอกใจและมีชู้ ระแวงว่าคนในครอบครัวขโมยเงินหรือสิ่งของ กังวลอย่างมากเวลามีคนแปลกหน้าเข้ามาในบ้าน เป็นต้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมผิดปกติต่าง ๆ เช่น การก้าวร้าวทางวาจา ใช้เสียงดังตำว่า ค้นหาสิ่งของต่าง ๆ บ่อยครั้งเมื่อไม่เจอจะหงุดหงิดมาก มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการเอามือชกผนังบ้าน ขว้างปาสิ่งของ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทบตี กัดผู้ดูแล เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายบุคคลภายนอก เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลที่ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นชู้ รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่รับรู้เรื่องราวในครอบครัว

4.1.2 เสียใจ ผู้ดูแลรู้สึกเสียใจที่ครอบครัวต้องตกอยู่ในภาวะสูญเสียผู้นำครอบครัว เนื่องจากก่อนมีความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่เคยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวสามารถตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัวทุกเรื่อง แต่เมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ง ทำให้ไม่สามารถเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องการได้

4.1.3 เหนื่อยใจ ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยใจกับบุคลิกของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีความเจ็บป่วย (BPSD) เช่น จากบุคลิกที่เรียบร้อย ใจเย็น นำเคารพ เปลี่ยนเป็นพูดไม่รู้เรื่อง พูดคนละเรื่อง ใช้เสียงดัง หงุดหงิดง่าย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาเพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะความเจ็บป่วย



รวมถึงต้องเพิ่มสมรรถนะการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานบริบทของครอบครัว

4.2 การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

4.2.1 ผู้ดูแลต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป และแนวทางในการดูแลอย่างชัดเจน เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจและได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจนจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมขณะผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ รวมถึงสามารถสื่อสารให้ทุกคนในครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน

4.2.2 ผู้ดูแลต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ให้เครียด ผิดสติ ใช้ความอดทนอย่างมาก พยายามคิดเชิงบวก คิดถึงความดีและสิ่งดี ๆ ที่ผู้สูงอายุเคยทำให้กับตนเองและทุกคนในครอบครัว และพยายามสร้างอารมณ์ขันขณะให้การดูแล

4.2.3 ผู้ดูแลต้องฝึกและใช้การสื่อสารเชิงบวกทั้งการแสดงออกด้วยท่าทางและคำพูด

4.2.4 ผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแล ได้แก่

4.2.4.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดเสียงรบกวน เพื่อลดสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ผิดปกติ หรือความคิดหวาดระแวง

4.2.4.2 ห้องนอนของผู้สูงอายุและทางเดินในบ้านหรือบริเวณบ้าน จัดให้มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพื่อลดการเห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริง หรือภาพหลอน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

4.2.4.3 จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ มีการใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเห็นได้อย่างชัดเจนเพื่อลดความสับสนของผู้สูงอายุ และเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

4.2.5 หากผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเกิดขึ้น เช่น เริ่มมีพฤติกรรมแปลกๆ จากความคิดหวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ผู้ดูแลต้องมีความไวในการรับรู้ความผิดปกตินั้น หาปัจจัยชักนำ และปรึกษากับบุคคลในครอบครัวในการนำผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีความรู้สึกต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่แตกต่างตามความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว เศรษฐกิจ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตามบริบทของตัวเองและครอบครัว สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลระหว่างกันได้เป็น



อย่างดี อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังคงต้องคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างบทบาทการเป็นผู้ดูแลและชีวิตส่วนตัว (Work-life balance) ด้วยเช่นกัน

การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเป็นงานที่หนัก เหนื่อย และบางครั้งมีความรู้สึกเศร้า กังวล ท้อแท้ และสิ้นหวัง เนื่องจากเป็นความผิดปกติที่ไม่มีทางรักษาหาย เป็นความเสื่อมถอยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลเองก็มีอายุเพิ่มขึ้นทุกปีและมีความเสื่อมถอยของร่างกายเช่นกัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัวพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรงของผู้สูงอายุ และรู้สึกเครียดกับการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และบางเวลาผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเป็นภาระอย่างมากเนื่องจากทำให้ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว แนวทางในการดูแลตัวเองของผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

1. พยายามปรับความคิดและวิธีคิด โดยทำความเข้าใจความผิดปกติที่เกิดขึ้น และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ได้แกล้งทำแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยที่ตัวผู้สูงอายุเองก็ไม่อยากให้เกิดขึ้น คิดว่าเมื่อตัวเอง (ผู้ดูแล) อายุเพิ่มมากขึ้นก็อาจจะมีอาการเหมือนกับผู้สูงอายุในเวลานี้ การดูแลผู้สูงอายุอย่างดีจะทำให้ตัวเองได้รับการดูแลอย่างดีจากลูกหลานด้วยเช่นกัน คิดถึงเรื่องราวดี ๆ ที่ผ่านมาคิดถึงความดีของผู้สูงอายุ ตอนนี้เป็นภาระกระทำเพื่อตอบแทนความดีของผู้สูงอายุ เป็นการทำบุญทำกรรมมาด้วยกันทำให้ต้องมาดูแลกันยามเจ็บป่วยและต้องดูแลกันจนกว่าจะตายจากกัน ในทางกลับกันถ้าคนที่เจ็บป่วยเป็นตัวเอง ก็มีความเชื่อมั่นว่าผู้สูงอายุจะดูแลอย่างดีเช่นกัน

2. การคงความสมดุลระหว่างบทบาทการเป็นผู้ดูแลและชีวิตส่วนตัวที่สำคัญ คือ การแบ่งและบริหารจัดการเวลาการดูแลผู้สูงอายุกับเวลาการดูแลตัวเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ร่วมงานเลี้ยงรุ่นกับเพื่อน กิจกรรมในชุมชนต่าง ๆ เป็นต้น

3. ดูแลจิตใจตัวเองด้วยการพยายามไม่เครียด ไม่คิดลบ ทำใจยอมรับ และอดทนกับการดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมผ่อนคลายที่ใช้เวลาไม่นานในแต่ละวัน เช่น ฟังเพลงที่ชอบ ร้องเพลง สวดมนต์ เป็นต้น ขอให้ลูกหรือพี่น้องคนอื่นมาลัดเปลี่ยนบ้างเพื่อจะได้มีช่วงเวลาหยุดพักที่นานขึ้น ดำเนินชีวิตตามหลักธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา ผู้ดูแลต้องรู้เท่าทันอารมณ์ของตัวเองและหากมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงในทางลบควรจัดการกับอารมณ์ของตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่ใส่อารมณ์กับผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว



4. ดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ ผู้ดูแลที่มีอายุใกล้เคียงกับผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นคู่สมรส จะมีความกังวลเรื่องสุขภาพค่อนข้างมาก เนื่องจากกำลังกายเสื่อมถอย มีโรคประจำตัว และมีความคิดว่าหากตัวเองมีปัญหาสุขภาพจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก

5. มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น ไปวัดเพื่อทำบุญไหว้พระ ไปเที่ยวสถานที่ที่มีความประทับใจในอดีตด้วยกัน สนับสนุนให้ลูกหลานมานั่งพูดคุย เล่นเกมส์ หรือออกกำลังกายกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลก็จะได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไปพร้อมกับผู้สูงอายุ

6. ปรับเปลี่ยนเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยไม่ยึดความสุขของตัวเองเป็นที่ตั้ง มุ่งเป้าหมายไปที่ครอบครัวมีความสุข เมื่อเห็นผู้สูงอายุยิ้ม สบายใจ ไม่หงุดหงิด ก็จะทำให้ผู้ดูแล ลูก และคนในครอบครัวมีความสุขไปด้วย

7. สื่อสารกับคนในครอบครัวให้มีการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุหรืออยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้วยความรัก เคารพ ให้เกียรติ และความอ่อนโยน

8. การแสวงหาแหล่งประโยชน์หรือสวัสดิการต่าง ๆ จากรัฐหรือโรงพยาบาล เช่น การช่วยเหลือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คำแนะนำของทีมสหวิชาชีพขณะติดตามอาการผู้สูงอายุที่บ้าน สวัสดิการเรื่องการรักษา เป็นต้น

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นการดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียวและเป็นภาวะที่พึงพิงบุคคลในครอบครัวทุกด้านทั้งการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตามปัญหาพฤติกรรมและจิตใจสามารถเกิดได้ทุกระยะของภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงต้องเพิ่มสมรรถนะในการดูแลโดยเฉพาะการเรียนรู้เรื่องความเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การนำส่งโรงพยาบาล รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรับการรักษาด้วยยา ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสมองเสื่อมรวมถึงผู้ดูแลควรมีการดูแลตนเองในด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเชิงบวกมากขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อผู้สูงอายุเอง และสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนควรให้ความสำคัญและศึกษา



พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและมีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทุกหน่วยบริการของรัฐเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ รวมถึงสุขภาวะของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2556). *แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมแผนกผู้ป่วย*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 449-462.
- วิชัย เอกพลการ. (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรษา ฉวาง. (2555). การพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 6(2), 44-58.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). *Behavioral and psychological symptoms of dementia*. *Frontiers in Neurology*. Retrieved May 3, 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/>
- Farina N., et al. (2017). Factors associated with the quality of life carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 13(5), 572-581.
- Hessler J. B., et al. (2018). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the general hospital study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 278-287.
- Suvanchot, K. S. & Pensuksan, W. C. (2019). *Factors affecting sleep among Thai people with dementia attending an outpatient psychiatric department*. *Dementia*. Retrieved March 1, 2019, from <https://doi.org/10.1177/1471301219833886>



Veragiat, S., Pensuksan, W. C., Suvanchot, K. S., Yooyen, C., Chetkhunthod, P., & Sarsanas, P. (2017). Prevalence of dementia and neuropsychiatric symptoms among elderly patients attending outpatient departments of psychiatric hospital in southern Thailand. *Walailak Journal Science and Technology*, 14(1), 43-49.

World Health Organization. (2019). *Dementia*. Retrieved May 3, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>