การพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม

Improving Caregiver's Knowledge in Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

อาทิตยา สุวรรณ์
วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
Artitaya Suwan
Princess Agra Rajakumari College of Nursing Chulabhorn Royal Academy
E-mail: artitaya.suw@cra.ac.th

Received: December 1, 2023; Revised: March 19, 2024; Accepted: May 14, 2024

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาทซึ่งอาการเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม มีกระบวนการคิด สติปัญญาและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลง อาการรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงระยะยาว และเกิดภาวะทุพพลภาพ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ถือว่าเป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ดูแล ซึ่งหมายถึงบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ญาติ และบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดูแล ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระ ซึ่งย่อมส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล หากผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัย อาการและอาการแสดง และการจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระ มีส่วนช่วยอย่างยิ่งในการที่จะบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ ผู้ดูแล การจัดการ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ABSTRACT

This article aims to develop knowledge of caregivers and provide guidelines for management for dementia patients with BPSD to be more effective. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are neuropsychiatric symptoms. BPSD will progressively increase with the severity of dementia, which leads to thought processes,

intelligence, and activities in daily living deteriorating. Due to severe symptom, dementia patients are in a state of long-term dependence and become disabled which leads to caregivers burden, which means medical personal, nurses, relatives and persons who provide care and assistance to patients at home, difficulty to take care, which causes caregivers become stressed and burdened. When caregivers feel burdened, it affects the quality of care. If caregivers have knowledge and understanding about the factors, signs and symptoms, and management of BPSD, having a better understanding of dementia patients. it will reduce feelings of burden, alleviate various rising problems.

KEYWORDS: Knowledge, Caregiver, Management, Behavioral and psychological symptoms of dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 55 ล้านคน โดยพบสถิติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นใหม่เพิ่มจำนวน 10 ล้านคนในทุก ๆ ปี จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคน และ 139 ล้านคน ตามลำดับ โดยกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีมากกว่าล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่มากขึ้น (ชลิต เชาว์วิไลย และคณะ, 2565)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้กระบวนการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจบกพร่อง รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ซึ่งภาวะนี้พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยในระยะเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 97 ที่พัฒนาไปเป็นภาวะ BPSD อย่างน้อย 1 อาการ ซึ่งภาวะนี้จะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้าย ๆ ของภาวะสมองเสื่อม มีมากมายหลายกลุ่มอาการ เช่น วิตกกังวล อารมณ์ดีกว่าปกติ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เศร้า พฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว พฤติกรรมทำซ้ำ ๆ อารมณ์เฉยเมย พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ปัญหาการกิน และปัญหาการนอน เป็นต้น (Cloak & Khalili, 2022) หากอาการเหล่านี้มีภาวะที่รุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ส่งผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ในทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาวจะเกิดความเหนื่อยล้า และเกิดความตึงเครียด ส่งผลให้ภาวะสุขภาพแย่ลง เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมเดิม รวมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Wang et al., 2022) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้

ว่า อาการ BPSD ส่งผลกระทบในหลายด้าน โดยผู้ดูแลซึ่ง หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และญาติหรือบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิกำเนิดของภาวะนี้ค่อนข้างซับซ้อน ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน รวมทั้งเกิดจากหลากหลายปัจจัย ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ที่ทันสมัย เกี่ยวกับปัจจัย อาการและอาการแสดง และการจัดการภาวะ BPSD จะมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการที่จะบรรเทาภาระดูแล เมื่อบุคคลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลก็จะช่วยลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น บทความนี้จึงมุ่งเสนอ องค์ความรู้และการจัดการภาวะ BPSD เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแนวทางให้ผู้ดูแล มีการจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลทางวิชาการให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่สนใจต่อไป

ปัจจัยของภาวะ BPSD ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Schwertner, 2021; Tible et al., 2017) ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล (Factors related to the person with dementia) มีดังนี้

1.1 แนวคิดทางประสาทชีววิทยา (neurobiological underpinnings) เกิดจากความผิดปกติของการเชื่อมโยงสัญญาณประสาทในส่วนที่ควบคุมอารมณ์ การรู้คิด กิจกรรมการเคลื่อนไหวและพฤติกรรม รวมทั้งมีความบกพร่องในการ หลั่งสารสื่อประสาทโมโนเอมีน ซึ่งควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ สารสื่อประสาทในกลุ่มนี้ ได้แก่ เซโรโทนิน โดพามีน และนอร์เอพิเนฟริน โดยอาการ BPSD กล่าวได้ว่า อาการแสดงอารมณ์เฉยเมยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่างและมีการลดลงของปริมาตรของสมองส่วนเนื้อเยื่อสีเทา (grey-matter) ของเซลล์ประสาทในสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อระบบรางวัล (reward response) การเสริมแรงพฤติกรรมในเชิงบวก มีความรู้สึกดีใจและพึงพอใจที่ได้รับในสิ่งที่ตนเองต้องการ ในส่วนของพฤติกรรมกระวนกระวายและก้าวร้าว เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของเปลือกสมอง ส่งผลให้มีการส่งผ่านสัญญาณประสาทกระตุ้นสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก และเพิ่มตัวรับโดพามีน นอกจากนั้นอารมณ์ซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติในการหลั่งสารสื่อประสาทโมโนเอมีนซึ่งมีการหลั่งน้อยกว่าปกติส่งผลทำให้เกิดอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้า

1.2 การเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (acute medical conditions) ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีโรคทางกายร่วมหรือมีภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานกระตุ้นให้เกิดอาการทาง BPSD ได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 36 ที่มีโรคทางกายร่วมมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจ อาการกระวนกระวาย พฤติกรรมถามซ้ำ ๆ เอะอะร้องโวยวาย หลงผิด และเห็นภาพหลอน รวมทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการจัดการความเจ็บปวดสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนั้นผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดอาการ BPSD ได้

1.3 การที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (unmet needs) แนวคิดพฤติกรรมเสี่ยงจากการขับเคลื่อนด้วยความต้องการ (need-driven dementia-compromised behavior model: NDB) ซึ่งเป็นความผิดปกติของอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีลักษณะการ

แสดงออกถึงความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม พบมากในสมองเสื่อมระยะปานกลางและระยะท้าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะดังกล่าว มีความบกพร่องในระบบประสาทส่วนกลาง เกิดความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญของสมองทั้งสองซีก การเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสภายในสมองผิดปกติ ส่งผลให้มีปัญหาในการใช้ภาษา มีความผิดปกติในการพูด เกิดความยากลำบากในการสื่อสารและบกพร่องในการแสดงออกในสิ่งที่ตนเองต้องการ ส่งผลทำให้เกิดความเครียดและกดดัน อาจพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การเดินหลง พฤติกรรมก้าวร้าว และปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

1.4 บุคลิกภาพเดิมและโรคทางจิตเวช (pre-existing personality and psychiatric illnesses) ลักษณะทางบุคลิกภาพเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการ BPSD โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมสูญเสียการควบคุมการยับยั้งชั่งใจเป็นลักษณะบุคลิกภาพที่พบบ่อยก่อนที่จะเกิดภาวะ BPSD นอกจากนั้นการที่มีโรคทางจิตเวชเดิม เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว ความวิตกกังวล และโรคจิตเภท รวมทั้งได้รับยารักษาโรคจิตเวช เช่น ยาต้านซึมเศร้า ยาต้านวิตกกังวล และยาต้านโรคทางจิตเวช เป็นปัจจัยที่พบบ่อยในการเกิดภาวะ BPSD

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล (Factors related to care givers) บทบาทของผู้ดูแลและความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความผาสุก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลอยู่ในช่วงร้อยละ 16 ถึง ร้อยละ 45 ซึ่งอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ดูแล นอกจากนั้นยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะ BPSD ยิ่งเพิ่มความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางพฤติกรรมในทางลบ เช่น ความโกรธ การสื่อสารโดยใช้น้ำเสียงที่กระโชกต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะ BPSD มีอาการที่ย่ำแย่ลง

3. ปัจจัยจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Environmental triggers) ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการสูญเสียความสามารถในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีความบกพร่องในด้านของความจำ และการรับรู้ รวมทั้งมีความอดทนต่ำต่อสภาวะเครียด อาจนำไปสู่การเกิดภาวะ BPSD จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ถูกเร่งรัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และถูกคาดหวังในการทำกิจวัตรประจำวันที่เกินความสามารถของตนเองมีโอกาสเกิดภาวะ BPSD ได้สูง นอกจากนั้นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมยังมีอีกหลายองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ วัตถุอุปกรณ์ที่ใช้ สิ่งของในบ้าน กลุ่มทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อ

อาการและอาการแสดงของภาวะ BPSD

เป็นกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช ซึ่งเป็นชนิดอาการที่ไม่เกี่ยวกับการรู้คิด (non-cognitive symptoms) แบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย (Cloak & Khalili, 2022)

1. กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ได้แก่ อาการหงุดหงิดวุ่นวาย พฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ถามคำถามซ้ำๆ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ฉุนเฉียว แปรปรวน มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (aberrant motor behavior) เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (wandering) อาการเบิกบานใจมากกว่าปกติ (elation)

2. กลุ่มอาการโรคจิต (psychosis) ได้แก่ พฤติกรรมการนอนหลับผิดปกติ (sleep and

nighttime behavior disorders) อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

3. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (affective) ได้แก่ อาการซึมเศร้า (depression) และอาการวิตกกังวล (anxiety)

4. กลุ่มอาการเฉยเมย (apathy) ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น ความเฉยเมย (apathy) และ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป (eating disorders)

การจัดการภาวะ BPSD หลักในการจัดการภาวะ BPSD มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมทั้งลดภาวะพึ่งพิงและลดภาระของพยาบาล/ผู้ดูแล ซึ่งมีทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา (Mang et al., 2021) ดังนี้

การจัดการแบบไม่ใช้ยา เป็นการบำบัดที่เป็นทางเลือกแรก เนื่องจากการบำบัดแบบใช้ยาเป็นปริมาณมากอาจได้รับผลข้างเคียงที่อันตรายแก่ผู้ป่วยสมองเสื่อม มี 2 วิธี คือ การจัดการตามระยะของภาวะสมองเสื่อม และการจัดการในรูปแบบอื่น ๆ

1. การจัดการภาวะ BPSD ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงทั้งหมด 3 ระยะ โดยอาการของ BPSD พบมากในระยะปานกลางและระยะรุนแรง (Alzheimer's Association, 2023; Cloak & Khalili, 2022; Cognat et al., 2023; Meng et al., 2021; Press, 2023) ดังนี้

ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นหรือระดับเล็กน้อย (early stage) พยาธิสภาพเริ่มจากสมองส่วนกลางไปยังสมองส่วนกลีบขมับด้านข้าง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการเด่น คือสูญเสียความทรงจำและมีอาการหลงลืม ยังไม่เกิดอาการทาง พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ บทบาทของผู้ดูแลในระยะนี้ควรคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพและชะลอความเสื่อมถอยของสมอง โดยจัดกิจกรรมพัฒนาสมองป้องกันการเกิดภาวะ BPSD เช่น จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง การทำงานอดิเรก การเข้าสังคม และกิจกรรมยามว่าง ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง เช่น สารอาหารต้านอนุมูลอิสระต่าง ๆ วิตามินซีวิตามินอี กรดโฟลิก วิตามินบี กรดไขมันโอเมก้า 3 และโอเมก้า 6 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เน้นการรับประทานผักผลไม้ในปริมาณมาก และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งให้มีการออกกำลังกายเนื่องจากการออกกำลังกายสามารถช่วยฟื้นฟูเซลล์ประสาทสมอง

ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง (moderate stage) ในระยะนี้สมองจะโดนทำลายลุกลามไปยังสมองส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น เริ่มมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีลักษณะอาการและการจัดการ ดังนี้

อารมณ์เฉยเมย (apathy) เกิดขึ้นร้อยละ 55-90 ของภาวะสมองเสื่อม พบมากในสมองเสื่อมชนิดที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) และ ชนิดเลวี่ บอดี้ (lewy body) และสมองส่วนกลีบหน้าและขมับมีการเสื่อมสภาพ (frontotemporal dementia) มีลักษณะอาการขาดแรงจูงใจ ความคิดริเริ่ม และแรงผลักดัน ไร้จุดหมาย และมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่ลดลง ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมที่เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กิจกรรมกลุ่มย่อย เช่น การเล่นเกมส์ การทำงานฝีมือ กิจกรรมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสหลายด้าน (multisensory stimulation) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และการเคลื่อนไหว เช่น ดนตรีบำบัด สุคนธบำบัด การเต้นรำ ศิลปะบำบัด และแสงสว่างบำบัด เป็นต้น ผู้ดูแลควรใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม มีปฏิสัมพันธ์ และส่งเสริม

พฤติกรรมเชิงบวก เช่น อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่อ่าน เมื่อผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์หรือมีการโต้ตอบควรกล่าวชื่นชมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก

อาการซึมเศร้า (depression) เกิดขึ้นร้อยละ 20 ของภาวะสมองเสื่อมพบมากในระยะเริ่มแรก มีอารมณ์เศร้า (sadness) อาการไม่ยินดียินร้าย (anhedonia) ไม่สนุกหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยรู้สึกว่าเคยสนุก รู้สึกขาดกำลังใจและสิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า พยาบาลและผู้ดูแล ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสังคม และเข้ากิจกรรมที่มีส่วนร่วม ปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อใช้เทคนิคบำบัดทางจิตสังคม (psychotherapeutic interventions) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดและความเชื่อเฉพาะ ผู้บำบัดช่วยส่งเสริมปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือให้อยู่ในโลกของความเป็นจริง (realistic) โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดของตนเองมีความผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไรและประเมินแก้ไขให้ดีขึ้น และใช้เทคนิคการตั้งคำถามให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดของตน หากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงให้ปรึกษาจิตแพทย์

อาการวิตกกังวล (anxiety) เกิดขึ้นร้อยละ 16-35 ของภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะอาการตื่นตระหนก หวาดกลัว และไม่สบายใจ ไม่สามารถอยู่ในความสงบได้ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ มีพฤติกรรมแยกตัวจากครอบครัว และเข้าสังคมลดลง ผู้ดูแลควรลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการมากกว่าการควบคุมอาการ โดยคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน และลดภาวะเครียดและความกดดันทางจิตใจ หลีกเลี่ยงกิจกรรมบำบัดที่กระตุ้นประสาทสัมผัสที่มากเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดอาการเพิ่มขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมการบำบัดที่นิยมใช้บำบัดอาการวิตกกังวล ได้แก่ ดนตรีบำบัด การบรรเลงเพลงคลาสสิก หรือเพลงบรรเลงที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมชื่นชอบ การปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy: PST) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยเป็นการบำบัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา ให้มีมุมมองทางบวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้นและเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้

อาการเดินหลง (wandering) เป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับอาการกระวนกระวาย การเคลื่อนที่ซ้ำไปซ้ำมา เคลื่อนที่แบบไร้จุดหมาย ไม่รับรู้วันเวลาสถานที่ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอันตรายและพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งการออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายสามารถลดพฤติกรรมการเดินหลง นอกจากนั้นการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการเดินหลงแล้วรีบแก้ไขให้การดูแลโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกจำกัด หากผู้ป่วยยังแสดงความกระวนกระวายอยากเดินออกมาข้างนอกบ้าน อาจพาผู้ป่วยออกมาเดินเล่นในบริเวณพื้นที่ ๆ ปลอดภัย รวมทั้งควรให้ผู้ป่วยพกโทรศัพท์ที่ใช้สัญญาณนำทาง (global positioning system: GPS) คือ ระบบการนำทางด้วย GPS หรือพกบัตรประจำตัวบอกชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และข้อมูลการเจ็บป่วยอยู่ในนั้นด้วย เพื่อความสะดวกแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือนำส่งกลับบ้านและสถานที่ดูแล

ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย หรือระดับรุนแรง (late stage) ในระยะนี้ สมองจะโดนทำลายลุกลามไปยังสมองส่วนกลีบท้ายทอยและเกือบทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำอย่างสิ้นเชิงและมีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์อย่างรุนแรง ลักษณะอาการ BPSD ที่พบในระยะนี้ คือ อาการกระวนกระวายก้าวร้าว พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่ง

ใจ ปัญหาด้านการนอนหลับ อาการหลงผิดและประสาทหลอน โดยผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการอาการดังกล่าว ดังนี้

อาการกระวนกระวายก้าวร้าว (agitation and aggression) เกิดขึ้นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น พูดคำหยาบ หงุดหงิดโมโหง่าย ข่มขู่ ทำร้ายร่างกาย ถุยน้ำลาย ดื้อรั้นต่อผู้ดูแล กระสับกระส่าย หรือทำลายข้าวของ ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ความเบื่อหน่าย ความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ และการถูกคุกคาม ผู้ดูแลควรลดปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการ เช่น จัดสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและเงียบสงบ รวมทั้ง การจัดกิจกรรมที่โน้มน้าวให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอารมณ์ที่สงบลง ดนตรีบำบัด การสัมผัสบำบัด การนวดมือ การบำบัดโดยใช้หุ่นยนต์สัตว์เลี้ยง (pet robot intervention) เช่น ตุ๊กตาสุนัขเคลื่อนไหวได้ หรือถุงมือตุ๊กตา (twiddle pup) สำหรับอุ่นมือ เพื่อเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีมืออยู่ไม่นิ่ง (restless hand)

อาการโรคจิต (psychotic symptom) เกิดขึ้นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีลักษณะอาการหลงผิดและประสาทหลอน มักเกิดในระยะกลางถึงระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อม อาการหลงผิดมักจะสะท้อนถึงการสูญเสียความจำหรือการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ เช่น กล่าวหาว่าบุคคลอื่นขโมยของใช้ส่วนตัว กล่าวหาว่าคู่สมรสนอกใจ และการระแวงกลัวคนมาทำร้าย อาการประสาทหลอน การเห็นภาพหลอน หรือหูแว่ว ส่วนใหญ่เกิดในสมองเสื่อมชนิด lewy body พยาบาลและผู้ดูแลต้องหาสาเหตุปัจจัยที่กระตุ้นภาวะนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียประสาทสัมผัสหรือการมองเห็น การถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมที่มากเกินไป การใช้ยาบางชนิด หรือสารเสพติด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่ผู้ป่วยหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะทำให้อารมณ์ดีขึ้นและลืมสิ่งที่ตนเองหมกมุ่นไปได้ ควรส่งเสริมความมั่นใจในเรื่องการได้รับการดูแลและไม่ทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล นอกจากนั้นควรใช้เทคนิคฟื้นฟูด้านความจำ การระลึกถึงความหลัง การเล่าชีวประวัติ ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเองจากรูปภาพเก่า ๆ และอาจนำเพลงในอดีตที่ผู้ป่วยชอบมาเปิดให้ฟังหรือชวนร้องเพลงเก่า ๆ เป็นต้น

ปัญหาด้านการนอนหลับ (nocturnal disruption) ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนอน ทำให้ไม่สามารถรับรู้เวลากลางวันกับกลางคืน ส่งผลให้ไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน มีการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ เช่น หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่ต่อเนื่อง อาการซันดาวน์ (sundown syndrome) เป็นอาการที่เกิดในช่วงกลางคืน หรือพลบค่ำ หรือช่วงที่พระอาทิตย์ใกล้ตกดินไปจนถึงช่วงค่ำ ๆ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักเกิดอาการ BPSD มากที่สุด เช่น มีอาการกระวนกระวาย เดินหลง ประสาทหลอน สับสน และไม่อยู่นิ่ง เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านการนอนหลับ ผู้ดูแลควรค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับจัดสภาพแวดล้อมส่งเสริมให้ป่วยผ่อนคลายภายในห้องนอน ควรมีบรรยากาศที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนและไฟสลัว ไม่มีกลิ่นเหม็นต่างๆ ที่นอนควรนุ่มแห้งสะอาด ควรอยู่ในอุณหภูมิที่ไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป วางแผนจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การออกกำลังกายซึ่งไม่ควรทำก่อนเข้านอน 4-5 ชั่วโมง หรืออ่านหนังสือ ฟังวิทยุ สวดมนต์ก่อนนอน รวมทั้งจัดตารางเวลาให้ผู้ป่วยหลับตื่นเป็นเวลา

พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibited behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จากแรงกระตุ้นต่าง ๆ การแสดงออก

ทางพฤติกรรมที่ไม่ถูกกาลเทศะ การแสดงความเป็นมิตรมากเกินควร (excessive friendliness) การแสดงออกทางเพศและทางวาจาที่ไม่เหมาะสม เช่น ชอบอวดอวัยวะเพศ การพูดคำหยาบคาย หรือพูดจาลามกแทะโลม แนวทางการจัดการควรค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น ยารักษาโรคพาร์กินสัน อาการหลงผิด และประสาทหลอน ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการเหล่านี้ ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการต่อว่าผู้ป่วยด้วยคำพูดรุนแรง ควรใช้คำพูดที่นุ่มนวล ไม่ควรใช้เสียงดัง โต้เถียง จับมัดหรือแสดงความไม่พอใจ เพราะยิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนผู้ป่วยทำกิจกรรมงานฝีมือ การเล่นเกมส์ หรือดูรายการโทรทัศน์ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ หากผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม ควรดูแลปกปิดให้มีความเป็นส่วนตัวไม่เปิดเผยผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการอนาจารต่อที่สาธารณะ นอกจากนั้นควรปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การควบคุมอุณหภูมิห้อง เพื่อหลีกเลี่ยงความร้อนสูงหรือเย็นจนเกินไป และลดเสียงที่ดังมาก ๆ ซึ่งอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น

การจัดการภาวะ BPSD ในรูปแบบอื่น ๆ (Other intervention therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้เทคนิคหลายรูปแบบควบคู่กันไปซึ่งที่นิยมใช้ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดทางประสาทสัมผัส (sensory-oriented therapy) จากการศึกษาโดยการใช้การกระตุ้นประสาทสัมผัสหลายด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และการดมกลิ่น พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสผู้ป่วยสมองเสื่อม มีภาวะปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการบำบัดทางประสาทสัมผัสในปัจจุบัน (Tulliani et al., 2023) มีดังนี้

ดนตรีบำบัด(music therapy) เสียงดนตรีบรรเลง ช่วยในการจัดระเบียบการทำงานของเซลล์สมองให้สามารถจดจำสิ่งใหม่ ๆ ได้มากขึ้น โดยเสียงดนตรีบรรเลงจะถูกส่งเป็นสัญญาณประสาทที่เกี่ยวกับการได้ยินไปยังสมองส่วนทาลามัส (thalamus) แล้วส่งไปยังศูนย์ควบคุมการได้ยิน (auditory cortex) ซึ่งเชื่อมโยงกับสมองส่วนอื่น ๆ ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงสัญญาณประสาทภายในเซลล์สมองมีผลต่อการพัฒนาด้านความจำ การรู้คิด ช่วยให้ผ่อนคลายลดอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย และอารมณ์ซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพลงบรรเลง เช่น เพลงบรรเลงของโมซาร์ท (mozart) เพลงบรรเลงของดีน มาร์ติน (dean martin) และเพลงคลาสสิกเพื่อความผ่อนคลาย (classic relaxation tunes) เป็นต้น ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยฟังสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จึงมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมอง (อาทิตยา สุววรรณ์ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2564; Yin et al., 2023)

สุคนธบำบัด (aroma therapy) การสูดดมน้ำมันหอมระเหย (essential oils) ที่สกัดมาจากสมุนไพร ดอกไม้ และ ต้นไม้ เช่น ดอกลาเวนเดอ ส้ม ดอกโรสแมรี่ ดอกมะลิ ยูคาลิปตัส หรือ เปปเปอร์มินต์ มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง การรู้คิด อารมณ์ การรับรู้การทำงานของร่างกาย และพฤติกรรม เมื่อสูดดมน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่จมูก โมเลกุลของสารเคมีจะจับกับปลายประสาทรับกลิ่น (olfactory bulb) ซึ่งจะส่งกระแสประสาทไปสู่สมอง ส่งผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทต่าง ๆ เช่น cholinergic, dopamine, serotonin,GABA, endorphin และ encephaline ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ช่วยให้การนอนหลับดีขึ้นลดพฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจ อาการกระวนกระวาย และคลายเครียดได้ โดยการบำบัดควรทำติดต่อกันทุกวัน 4 สัปดาห์ขึ้นไป (Ting et al., 2023)

การใช้แสงสว่างบำบัด (bright light therapy: BLT) ช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้ดีขึ้น และฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมองด้านความจำ การรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรม ช่วยลดปัญหาด้านการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำงานของเส้นใยประสาทตา (optic nerve) และเซลล์รับแสงและภาพในจอประสาทตา (retinal ganglion cell: RGC) เสื่อมถอยลง ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับแสงและการเห็นภาพต่าง ๆ ทำให้การส่งข้อมูลไปยังสมองส่วนต่าง ๆ บกพร่อง ได้แก่ สมองส่วนทาลามัส ไฮโปทาลามัส และสมองส่วนกลาง รวมทั้งส่งผลให้การเชื่อมต่อของสัญญาณประสาทในสมองผิดปกติตามไปด้วย จากการศึกษาพบว่าแสงสว่างที่นิยมนำมาใช้ในการบำบัดภาวะสมองเสื่อม คือ แสงสีขาวอมฟ้า (bluish-white light) โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเปล่งแสง (light emitting diode: LED) หรือใช้แสงสว่างตอนเช้า (morning bright light) ซึ่งการบำบัดควรทำวันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อเนื่องนาน 4 สัปดาห์ (Mei et al., 2023)

สัตว์บำบัด (animal assisted therapy: AAT) เป็นการนำสัตว์มาให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ทำกิจกรรม เช่น การเล่น สัมผัส หรือกอด โดยการบำบัดด้วยสัตว์หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสัตว์มีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง เช่น dopamine และ endorphin ช่วยให้การทำงานของสมองดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์เฉยเมย จากการศึกษาพบว่าสัตว์ที่นำมาใช้ในการบำบัด คือ สุนัข นก แมวน้ำ หรือปลาโลมา เป็นต้น สัตว์ที่นิยมมากที่สุด คือ สุนัข ซึ่งควรเป็นสุนัขที่เชื่อง สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรค และได้รับการฉีดวัคซีน โดยวิธีการบำบัดทำได้โดยการให้สัตว์เลี้ยงอยู่ในห้องทำกิจกรรม (social room) และทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยทุกวันติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ (Chen et al., 2022)

เทคโนโลยีบำบัด (technology-assisted therapy) เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ มาร่วมในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาจำนวน 5 การศึกษาพบว่า การนำเทคโนโลยีบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ สามารถช่วยลดกลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาด้านการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการใช้เทคโนโลยีบำบัดที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้อุปกรณ์จากคอมพิวเตอร์ (multimedia device) การใช้โปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile application) สมาร์ตโฟน (smartphone) หรือ แท็บเล็ต (tablet) มาใช้ในการเล่นเพลง การฉายภาพยนตร์ เล่นเกมส์ส่งเสริมความจำ และการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถเลือกโปรแกรมจาก application ตามความต้องการสำหรับผู้เล่น นอกจากนั้นยังมีการนำเทคโนโลยีมาบำบัดภาวะ BPSD ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น หุ่นยนต์บำบัด (robot seal therapy) การนำหุ่นยนต์มาช่วยบำบัดสภาพจิตใจของผู้ป่วย สมองเสื่อม โดยมีบทบาทด้านการเป็นเพื่อน (companion) ผู้ฝึกสอน (coach) และคู่หูในการเล่น (play partner) และการใช้หมอนดนตรี (music pillow) เป็นต้น (Dissanayaka et al., 2023)

สโนซีเล็นบำบัด (snoezelen therapy) ใช้เทคนิคการกระตุ้นประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้าน โดยการจัดห้องเฉพาะให้แก่ผู้ป่วยสมองเสื่อม แล้วผู้ดูแลหรือผู้บำบัดจะควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในห้อง ให้มีบรรยากาศที่อบอุ่นปลอดภัย การใช้เสียงเพลงเบา ๆ ฟังแล้วนุ่มนวล การพูดคุยด้วยเสียงทุ้มต่ำ การใช้แสงสีที่นุ่มนวล การใช้อุปกรณ์ตกแต่งห้องที่สามารถนั่งหรือนอนอย่างสุขสบาย สถานที่ควรมีการการปรับตกแต่งสถานที่ให้มีสีสันสวยงาม และมีความสะอาด

อากาศถ่ายเทสะดวก จากการศึกษาพบว่าการผสมผสานโดยใช้สโนซีเล็นบำบัดร่วมกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วไป ตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง ติดต่อกัน 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด ประสาทหลอน และอาการซึมเศร้าลดลง (Roy et al., 2023)

ตัวตลกบำบัด (clowning therapy) จากการศึกษาพบว่าการใช้ตัวตลกมาแสดงโชว์ ร้องเพลงและเต้นรำ ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมดูครั้งละ 10 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ สามารถช่วยลดภาวะ BPSD ในระดับปานกลางและรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kontos et al., 2016)

2. รูปแบบการบำบัดการกระตุ้นการรู้คิด (cognition-oriented therapy) มีดังนี้

การบำบัดโดยใช้การระลึกถึงความหลัง (reminiscence therapy: RCTs) เป็นการใช้เทคนิคกระตุ้นความทรงจำของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยให้ดูภาพเก่า ๆ ของคนในครอบครัว ใช้สิ่งของที่สำคัญและมีความหมายกับตนเองในอดีต เพลงเก่า ๆ ที่ฟังแล้วหวนคิดถึงความหลังและเหตุการณ์ในอดีต การเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทรงจำในอดีตจนถึงปัจจุบันและอัตชีวประวัติ การระลึกถึงความหลังจะช่วยกระตุ้นเซลล์สมองแบบซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความทรงจำแบบลักษณะซ้ำ ๆ ช่วยฟื้นฟูสมองการทำงานของสมองด้านการรู้คิด ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว และลดอาการหงุดหงิดวุ่นวาย พฤติกรรมทำซ้ำ และอาการเดินหลง จากการศึกษาพบว่าการบำบัดอาการ BPSD โดยใช้ RCTs ให้ได้ประสิทธิภาพ ควรจัดกิจกรรม 6-12 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Thomas and Sezgin, 2021)

การบำบัดด้วยการแสดงจำลอง (simulated presence therapy: SPT) เป็นการสร้างสถาณการณ์จำลองการบันทึกเสียงโทรศัพท์หรืออัดวีดีโอการสนทนาจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยผู้ดูแลสามารถสังเกตพฤติกรรมในระหว่าง การสนทนาเพื่อประเมิน จากผลการศึกษาเชิงทดลอง 3 การศึกษาพบว่าการบำบัดโดยวิธี SPT 60 นาทีต่อวัน ติดต่อกัน 10 วัน สามารถช่วยลดอาการกระวนกระวายพลุ่งพล่านและอาการ ไม่อยู่นิ่ง (Abraha et al., 2017)

การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ผลของการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของสมองโดยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาทและช่วยให้การเชื่อมต่อสัญญาณของเซลล์ประสาทในสมองมีมากขึ้น ช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองในด้านของการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม จากการศึกษาการจัดกิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิด เช่น การเล่นเกมส์ หรือการทำงานอดิเรก โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 45 นาที ต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลามากกว่า 7 สัปดาห์ โดยการจัดกิจกรรมควรจัดที่ห้องเดิมเวลาเดิมทุกครั้งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เฉยเมย (Bhowmik et al., 2023).

3. รูปแบบการบำบัดด้วยการเคลื่อนไหว (movement-oriented therapy) มีดังนี้

การบำบัดโดยการออกกำลังกาย (exercise therapy) การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ทำหน้าควบคุมการทำงานของระบบประสาทและสมอง เรียกว่า brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ซึ่ง BDNF เป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่เป็นอาหารของเซลล์ประสาท ช่วยให้มีการเชื่อมต่อสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาทได้ดี เป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการรู้คิดและความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว ช่วยลดภาวะ BPSD จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ร่างกายสร้างสาร BDNF ในปริมาณมากโดยโปรแกรม

การออกกำลังกายที่ช่วยในการบำบัดและฟื้นฟูสภาพสมองควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) และการออกกำลังกายที่มีแรงต้าน (resistance exercise) ควรมีความหนักระดับปานกลาง (moderate intensity) อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30 ถึง 60 นาที อย่างต่อเนื่องนานติดต่อกัน 48 สัปดาห์ (Pahlavani, 2023)

การบำบัดด้วยกิจกรรมกลางแจ้ง (outdoor activity therapy) การทำกิจกรรมภายนอกบ้าน ได้แก่การเดินนอกบ้านหรือเดินในสวน การออกกำลังกายในน้ำ (aquatic exercise) ปั่นจักรยานวีลแชร์ (wheelchair cycling) และจัดกิจกรรมกลุ่มกลางแจ้ง เป็นการกระตุ้นเซลล์ประสาทสมอง ส่งเสริมการหลั่งสารสื่อประสาทกลุ่มแคททีโคลามีน เช่น โดพามีน และนอร์เอพิเนฟริน จากการศึกษาพบว่าการจัด กิจกรรรมกลางแจ้ง 30 – 60 นาที ต่อวัน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน สามารถลดลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์เฉยเมย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (D' Cunha et al., 2020).

การจัดการแบบใช้ยา ในปัจจุบันการบำบัดภาวะ BPSD โดยใช้ยานิยมใช้ควบคู่กับการบำบัดโดยไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะ BPSD (Magierski et al., 2022) กลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้

1. ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายสาร acetylcholine (cholinesterase inhibitors: ChEIs) ซึ่งมีประสิทธิภาพ ช่วยฟื้นฟูด้านการรู้คิด ความจำ และลดอาการเฉยเมย หลงผิด และประสาทหลอน เนื่องจากยากลุ่มนี้จึงไปออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายสาร acetylcholine ที่บริเวณช่องรอยต่อของเซลล์ประสาท (synaptic cleft) และช่วยทำลายบีต้าแอมีลอยด์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ยา donepezil (aricept), rivastigmine (exelon), galantamine (reminyl) ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน เกิดตะคริว ความดันโลหิตต่ำและนอนไม่หลับ

2. ยากลุ่มต้านซึมเศร้าเอสเอสอาร์ไอ selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs) ช่วยบำบัดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วย BPSD ที่รักษาด้วยการบำบัดแบบไม่ใช้ยาไม่ได้ผล ยาออกฤทธิ์เพิ่มระดับสารสื่อประสาท serotonin ได้แก่ ยา fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine, citralopram, sertraline และ escitalopram ช่วยลดอาการกระวนกระวายและ อาการหลงผิด ผลข้างเคียงของยา คือ มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และเกิดภาวะระดับโซเดียมในเลือดต่ำ

3. ยากลุ่มอาการทางจิต (antipsychotic drug) ช่วยบำบัดและบรรเทาอาการ BPSD ที่อาการทางจิตรุนแรง เช่น อาการก้าวร้าว หลงผิด กระสับกระส่าย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น และประสาทหลอน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มเก่า ได้แก่ ยา haloperidol, fluphenazine, และ chlorpromazine และ ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ มีกลไกการออกฤทธิ์เหมือนกับยาในกลุ่มเก่าโดยออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีน ชนิด ดี 2 ที่บริเวณเซลล์ประสาทหลังไซแนปส์ (postsynaptic dopamine D2 receptor) ข้อแตกต่างคือทำให้เกิดภาวะ extrapyramidal side effect (EPS) ได้น้อยกว่ายาในกลุ่มเก่า ยากลุ่มนี้ ได้แก่ risperidone, quetiapine และ olanzapine อาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวังคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อแข็ง

เกร็ง ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะง่วงซึม และอาการความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

บทสรุป

จากที่กล่าวมา การพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการภาวะ BPSD เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ โดยผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุและปัจจัยของภาวะ BPSD กลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะ BPSD และการจัดการภาวะ BPSD ซึ่งมีทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา การจัดการแบบไม่ใช้ยา มี 2 วิธี คือ 1) การจัดการตามระยะของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะปานกลางและระยะรุนแรง 2) การจัดการในรูปแบบอื่น ๆ ได้แก่ รูปแบบการบำบัดทางประสาทสัมผัส รูปแบบการบำบัดการกระตุ้นการรู้คิด และ รูปแบบการบำบัดด้วยการเคลื่อนไหว การจัดการแบบใช้ยาใช้ควบคู่กับการบำบัดโดยไม่ใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

บทความนี้เสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม บุคคลทั่วไป หรือผู้ที่สนใจนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอด และขยายผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา สามารถนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี, และธีรนันท์ ตันพาณิชย์. (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม*วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(3), 8-15.

อาทิตยา สุวรรณ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *14*(2), 221-34.

Alzheimer's Association. (2023). *Caregiving stages-behaviors*. Retrieved November 27, 2023, from https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors

Chen, H., Wang, Y., Zhang, M., Wang, N., Li, Y., & Liu, Y. (2022). Effects of animal-assisted therapy on patients with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, *314*(4), 1-9.

Cloak, N., & Khalili, Y. A. (2022). *Behavioral and psychological symptoms in dementia*. Retrieved November 27, 2023 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/

Cognat, E., Sabia, S., Fayel, A., Lilamand, M., Handels, R., Fascendini, S., Bergh, S., & Paquet, C. (2023). BPSD patterns in patients with severe neuropsychiatric disturbances: insight from the recage. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*(8), 633-9.

D' Cunha, N. M., Isbel, S., McKune, A. J., Kellett, J., & Naumovski, N. (2020). Activities outside of the care setting for people with dementia: a systematic review. *BMJ Journal*, *10*(10), 1-13.

Dissanayaka, N., Brooks, D., Worthy, P., Mitchell, L., Pachana, N. A., Byrne, G., Keramat, S. A., & Pietsch, A. (2023). A single-blind, parallel-group randomised trial of a technology-assisted and remotely delivered cognitive behavioural therapy intervention (tech-cbt) versus usual care to reduce anxiety in people with mild cognitive impairment and dementia: study protocol for a randomised trial. *BioMed Central*, *24*(420); 1-17.

Kontos, P., Miller, KL., Colobong, R., Lazgare, L., Binns, M., Low, L. F., Surr, C., & Naglie, G. (2016). Elder-clowning in long-term dementia care: results of a pilot study. *J Am Geriatr Soc*, *64*(2), 347–53.

Magierski, R., Sobow, T., Schwertner, E., & Religa, D. (2022). Pharmacotherapy of behavioral and psychological symptoms of dementia: state of the art and future progress. *Front Pharmacol*, *11*(2), 1-15.

Mei, X., Zou, C., Si, Z., Xu, T., Hu, J., Wu, X., & Zheng, C. (2023). Antidepressant effect of bright light therapy on patients with Alzheimer's disease and their caregivers. *Frontiers in Pharmacology*, *14*(6), 1-9.

Meng, X., Su, J., Li, H., Ma, D., Zhao, Y., Li, Y., Zhang, X., & Sun, J. (2021). Effectiveness of caregiver non-pharmacological interventions for behavioural and psychological symptoms of dementia: an updated meta-analysis. *Ageing Research* Reviews, *71*(2), 1- 10.

Pahlavani, H. A. (2023). Exercise therapy to prevent and treat Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci*, *15*(4), 1-14.

Press, D. (2023). *Management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia.

Roy, D., Varadharajan, A., Joe, N., Jain, S., Sunny, A. S., & Issac, T. G. (2023). "Relax, refresh, and refocus:" a brief account on the potential utility of snoezelen in dementia. Journal of *Psychiatry Spectrum*, *2*(8), 109-12.

Schwertner, E. (2021). *Factors associated with behavioral and psychological symptoms of dementia* (Thesis for doctoral degree, Care Sciences and Society Karolinska Institutet).

Thomas, J. M., & Sezgin, D. (2021). Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, *42*(6), 1-8.

Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & Von-Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, *10*(8), 297–309.

Ting, Y. Y., Tien, Y., & Huang, H. P. (2023). Effects of aromatherapy on agitation in patients with dementia in the community: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, *51*(4), 422-428.

Wang, L., Zhou, Y., Fang, X., & Qu, G. (2022). Care burden on family caregivers of patients with dementia and affecting factors in China: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*(5), 1-9.

World Health Organization. (2023). *Dementia fact-sheets*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Yin, S., Zhu, F., Li, Z., Che, D., Li, L., Zhang, L., Zhong, Y., ... Wu, X. (2023). Research Hotspots and Trends in Music Therapy Intervention for Patients With Dementia: A Bibliometrics and Visual Analysis of Papers Published From 2010 to 2021. *Front Psychiatry*, *13*(2), 1-13.