

## บทที่ 5.2 การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการนึกคิดและการรับรู้ (Nursing Care for Clients with Neurocognitive Disorders)

สุรางค์ เชื้ออณิชากร

### หัวข้อเนื้อหา

1. ภาวะเพ้อ (Delirium)
2. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
  - Alzheimer's disease
  - Vascular disease
3. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการนึกคิดและการรับรู้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ภายหลังศึกษาบทเรียนนี้แล้ว นักศึกษาจะสามารถ

1. อธิบายความหมาย และความแตกต่างของภาวะเพ้อ และภาวะสมองเสื่อม
2. ระบุอาการ และอาการแสดงของภาวะเพ้อ และภาวะสมองเสื่อม
3. ระบุวิธีการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อ และภาวะสมองเสื่อม
4. วางแผนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อ และภาวะสมองเสื่อม

### วิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน

1. การบรรยายประกอบการใช้ power point
2. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนเรื่อง การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการนึกคิด และการรับรู้
3. ฝึกทำคำถามทบทวนหลังการเรียน

### สื่อการเรียนการสอน

1. power point ประกอบการบรรยาย
2. เอกสารประกอบการสอน

## บทที่ 5.2 การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการนึกคิดและการรับรู้ (Nursing Care for Clients with Neurocognitive Disorders)

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

### บทนำ

การเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงสามารถทำให้สมองเกิดความผิดปกติได้ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องการดูแลรักษา และหาสาเหตุโดยด่วน เนื่องจากอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ภาวะเพ้อ (Delirium) ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหนักที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือกรณีผู้ที่อยู่นอกโรงพยาบาล เช่น ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น ส่วนอีกภาวะหนึ่ง คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะชนิด Alzheimer's disease ซึ่งรู้จักกันแพร่หลายในปัจจุบัน และควรตระหนักในความสำคัญของภาวะดังกล่าว เนื่องจากปัจจุบันนี้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าในอดีต ทำให้โอกาสที่จะพบผู้ป่วยโรคดังกล่าวมีมากขึ้น นอกจากนี้ จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน จึงจำเป็นที่ผู้ศึกษาด้านการพยาบาลต้องรู้รายละเอียดของภาวะดังกล่าว และการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย

ภาวะบกพร่องต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการนึกคิดและการรับรู้ สามารถจัดเข้าอยู่ในกลุ่มโรคด้านจิตเวชตาม DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013, p. 17) ดังนี้

ความบกพร่องของระบบประสาทด้านการนึกคิดและการรับรู้ (Neurocognitive disorders) ภาวะบกพร่องที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่

1. ภาวะเพ้อ (Delirium)
2. ภาวะสมองเสื่อม (Major Neurocognitive Disorder/ Dementia) เช่น
  - 2.1 Alzheimer's disease
  - 2.2 Vascular disease
  - 2.3 Parkinson's disease
  - 2.4 Huntington's disease
  - 2.5 Traumatic brain injury

ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะเพ้อ (Delirium) ภาวะสมองเสื่อม (Major Neurocognitive Disorder/ Dementia) ได้แก่ Alzheimer's disease และ Vascular disease เท่านั้น

## 1. ภาวะเพ้อ (Delirium)

### ความหมาย

ภาวะเพ้อ เป็นความผิดปกติทางกายอย่างเฉียบพลันที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ อาการจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ของระดับความรู้สึกตัว และการมีสมาธิ ผู้ป่วยจะมีหน้าที่ของการรู้คิด (cognitive function) ลดลงอย่างชัดเจน เช่น ความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ และความคิด ความผิดปกติในการรับรู้ (perceptual abnormalities) ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (psychomotor disturbances) (Morgan & Townsend, 2021, p. 348; Austin & Boyd, 2015, p. 781) มีหลายสาเหตุ ได้แก่ ความเจ็บป่วย เช่น การติดเชื้อ หรือการติดเชื้อสารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Delirium ตาม DSM-5 (APA, 2013, p. 292) มีดังนี้

- A. มีความผิดปกติด้านสมาธิ (เช่น ความสามารถในการจดจ่อลดลง) และระดับรู้สึกตัว (เช่น การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง)
- B. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะอยู่ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (โดยทั่วไปตั้งแต่หลายชั่วโมงจนถึงสองสามวัน) การเปลี่ยนแปลงของอาการจะขึ้น ๆ ลง ๆ ในช่วงระหว่างวัน
- C. ความผิดปกติด้านการรู้คิด เช่น ความจำบกพร่อง สับสนด้านเวลา สถานที่ บุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ ความสามารถในการกำหนดทิศทาง หรือการรับรู้
- D. อาการในข้อ A และ C ไม่สามารถอธิบายได้จากโรคอื่นในกลุ่ม Neurocognitive Disorder และไม่เกิดขึ้นในส่วนของการลดระดับอย่างรุนแรงของการตื่นตัว เช่น ภาวะไม่รู้รู้สึกตัว (Coma)
- E. หลักฐานจากประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย หรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยทางกาย

**ระบาดวิทยา** (ภาศิษญา อ่อนดี, 2561, น. 484; ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2555, น. 72)

พบประมาณร้อยละ 10-24 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต แต่มักไม่ได้รับการวินิจฉัย

ผู้ป่วยภาวะเพ้อร้อยละ 40-50 มักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น สมองบวม ปอดติดเชื้อ

### สาเหตุ

สาเหตุทั่วไปของภาวะเพ้อ ที่พบโดยทั่วไป คือ (ภาศิษญา อ่อนดี, 2561, น. 484; Morgan & Townsend, 2021, p. 348-349)

1. พืชจากสารเสพติด จากการได้รับสารเสพติดเกินขนาด หรือการขาดสารเสพติด

ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ยา sedative, ยา hypnotics, cannabis, cocaine, opioids, amphetamine

2. ยารักษาโรค ได้แก่ (Videbeck, 2014, p. 464)

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| - anesthesia            | - anticonvulsants     |
| - anticholinergics      | - antidepressants     |
| - antihistamines        | - antihypertensives   |
| - antineoplastics       | - antipsychotics      |
| - aspirin               | - barbiturates        |
| - benzodiazepines       | - cardiac glycosides  |
| - cimetidine (Tagamet)  | - hypoglycemic agents |
| - insulin               | - narcotics           |
| - propranolol (Inderal) | - reserpine           |
| - steroids              | - thiazide diuretics  |

3. การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อทางเดินหายใจ มาเลเรีย  
ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น

4. ความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ และความผิดปกติของ Metabolism

5. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| - อายุมากขึ้น                   | - สมองได้รับอันตราย              |
| - กระดูกหัก                     | - ขาดการพักผ่อนนอนหลับ           |
| - อารมณ์ปวดมากจนที่ควบคุมไม่ได้ | - hepatic failure, renal failure |
| - ชัก                           | - hypoxia and COPD               |
| - ผ่าตัดกระดูก และหัวใจ         | - การนอนรักษาตัวในหออภิบาล ฯ     |
| - ไข้สูง                        | - เครียดด้านจิตใจ                |

**อาการและอาการแสดง**

อาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยภาวะเพ้อ คือ (Morgan & Townsend, 2021, p. 348; ธนา  
นิลชัยโกวิทย์, 2555, น. 74) มี 3 รูปแบบ คือ แบบสับสนวุ่นวาย (hyperactive) แบบซึม  
(hypoactive) และอาการผสมกันทั้งสองแบบ โดยมีอาการแสดงได้หลากหลาย เพราะเป็นภาวะที่มี  
ความผิดปกติของการทำงานสมองรวมกัน (global brain dysfunction)

1. อาการนำ ได้แก่ กระวนกระวาย วิดกกังวล นอนไม่หลับ ฝันมาก
2. ระดับความรู้ตัวผิดปกติ (consciousness disturbance) เช่น รู้สึกตัวเลื่อนรางไม่

ชัดเจน

3. สมาธิลดลง (attention deficit) ไม่สามารถจดจ่อในเรื่องใดได้นาน ๆ

4. เสียการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) เมื่ออาการรุนแรงมาก  
จึงจะเสียการรับรู้บุคคลเป็นลำดับสุดท้าย

5. วงจรการหลับและตื่นผิดปกติ (sleep-wake disturbance) จะตรงข้ามกับปกติ  
คือ นอนหลับมากตอนกลางวัน และมีอาการสับสนวุ่นวายกลางคืน

6. การรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) แปลลสิ่งเร้าผิด (illusion)  
ประสาทหลอน (hallucination) เห็นภาพหลอน

7. อาการขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuating course) บางช่วงอาการสงบ มักมีอาการมากช่วง  
กลางคืน หรือช่วงโพล์เพล้ (Sundown syndrome) กลางวันจะพูดคุ้ยโต้ตอบรู้เรื่องดี

8. ความจำผิดปกติ โดยเฉพาะ immediate และ recent memory

9. ความคิดสับสน (disorganized thinking) แสดงโดยการพูดที่ขาดความต่อเนื่อง  
สับสน ไม่เป็นระบบ

10. การเคลื่อนไหวผิดปกติ (psychomotor disturbances) มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น  
กระสับกระส่าย ก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย

11. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (labile affect) และรวดเร็วตามสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอก  
และภายใน

อาการของผู้ป่วยภาวะเพ้อจะดีขึ้นภายใน 10-12 วัน บางรายอาจมีอาการมากกว่า 1  
เดือน แต่พบน้อย ผู้สูงอายุอาการจะหายช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่น นับจากวันที่จำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางคนยังคงมีอาการภาวะเพ้ออยู่ต่อไปอีก 6 เดือน และพบว่าร้อยละ 25 ผู้ป่วยมี  
โอกาสเสียชีวิตได้ภายใน 6 เดือน

### การวินิจฉัย

1. ซักประวัติ
2. ตรวจร่างกาย (physical examination)
3. ตรวจสภาพจิต (mental status examination)
4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. แบบประเมินอาการด้านพฤติกรรม และการรู้คิดสำหรับผู้ป่วย Delirium ได้แก่
  - The Confusion Assessment Method (CAM)
  - Delirium Rating Scale (DRS)-R-98
  - Neecham Confusion Scale

### การรักษา

1. รักษาโรคทางกาย และสาเหตุที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะเพ้อ
2. การรักษาด้วยยา

Haloperidol รักษาและควบคุมอาการต่าง ๆ ได้ดี เช่น อาการสับสนทั้งใน hyperactive และ hypoactive Delirium

ในกรณีนี้แพ้ Haloperidol หรือเสี่ยง EPS ให้ใช้ Risperidone หรือ Olanzapine

### กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเพ้อ (Delirium)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ผู้ป่วยภาวะเพ้อตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017, p. 46)

1. มีภาวะสับสน เนื่องจากผลของยา/ ผลจากการนอนอยู่ในโรงพยาบาลนาน/ ติดสุรา/ ติดสารเสพติด/ การรับรู้ความรู้สึกไม่มีประสิทธิภาพหรือมากเกินไป/ การติดเชื้อ/ การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน

2. ความจำบกพร่อง เนื่องจากภาวะเพ้อ

3. อดนอน เนื่องจากสภาวะของการนอนหลับไม่เพียงพออย่างต่อเนื่อง

4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงของระดับ

ความรู้สึกรู้ตัว

การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) ผู้ป่วยภาวะเพ้อตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017)

1. สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล และแสดงถึงความห่วงใย/ รับรองความปลอดภัย/ อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ด้วยคำพูดง่าย ๆ

2. ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการรักษาอาการปวดอย่างเร่งด่วน และมีประสิทธิภาพเพียงพอ

3. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย หลังอาการป่วยดีขึ้น

5. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย: เคลื่อนย้ายอุปกรณ์ที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ เช่น cuff สำหรับวัดความดันโลหิต สายสวนปัสสาวะ และสายให้น้ำเกลือ

6. กระตุ้นผู้ป่วยให้พัฒนาการออกกำลังกายแบบการใช้ออกซิเจน

7. กระตุ้นผู้ป่วยที่มีอายุมากให้มีความเชื่อว่า การทำงานจะช่วยทำให้ความจำดีขึ้น

8. ประเมินเวลาในการนอนหลับ เปรียบเทียบกับจำนวนเวลาที่ต้องการในการพักผ่อนนอนหลับในแต่ละคืน

9. เผื่อระวังการตีมีเครื่องตีที่มีคาเฟอีนของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้เพื่อกระตุ้นให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

10. ประเมินการปลัดตกหกล้มหกล้มเป็นรายวัน และให้การดูแลป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

11. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้เผื่อระวังถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้การ

ช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และการฝึกฝนผู้ดูแลโดยเฉพาะในการเข้ามาขัดขวางผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

12. นำสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตรายออกไป เช่น ไข่มดโกน ยา ไม้ขีดไฟ วางสิ่งของเกะกะในห้อง พื้นที่เปียกแฉะ

13. ประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทางเมื่อลุกขึ้น แนะนำวิธีการสังเกตและดูแลขณะที่มีอาการความดันโลหิตต่ำ เช่น ลุกขึ้นอย่างช้า ๆ ขณะนั่งให้ยึดเหยียดขาบ่อย ๆ ควรนั่งลงทันทีเมื่อรู้สึกมีอาการมึนงง

การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation) ผู้ป่วย Delirium ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017)

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. แสดงพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ
3. รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
4. ตื่นขึ้นด้วยความสดชื่น และมีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ
5. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตนที่ทำให้มีเวลานอนหลับเพียงพอต่อความต้องการ
6. สามารถบอกวิธีการช่วยลดการสูญเสียความจำ
7. ผู้ป่วยมีการพัฒนาความจำทุกวัน

## 2. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia, Major neurocognitive disorder)

### ความหมาย

ภาวะสมองเสื่อม พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นอาการที่มีความบกพร่องของสติปัญญาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินชีวิตในสังคม และการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีคนดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการมีกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Dementia ตาม DSM-5 (APA, 2013, pp. 292) มีดังนี้

1. มีหลักฐานแสดงชัดเจนว่า ผู้ป่วยมีความสามารถด้านสติปัญญาลดลงจากแต่ก่อน ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ด้านความสนใจที่มีลักษณะซับซ้อน ทักษะในการทำงานให้สำเร็จ การเรียนรู้และความจำ ภาษา การรับรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว หรือการรู้คิดด้านสังคม โดยสาเหตุจาก

1.1 ผู้ป่วยมีการลดลงอย่างชัดเจนของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และ

1.2 มีความบกพร่องมากในการทำงานที่ต้องใช้ความคิด โดยเฉพาะมีผลการ

ทดสอบที่ได้มาตรฐานด้านจิตวิทยาและระบบประสาท หรือการประเมินอาการทางคลินิก

2. มีความบกพร่องด้านการรู้จัก ทำให้ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การต้องการผู้ช่วยเหลือในขณะที่ทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อน เช่น การชำระบิลค่าใช้จ่าย หรือการดูแลเรื่องยาต่าง ๆ

ความบกพร่องด้านความจำเกี่ยวกับการรู้จัก จะไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อ

**ตาราง 1** เปรียบเทียบการประเมินผลความผิดปกติด้านการรู้คิด (Videbeck, 2014, p. 469)

Indicator	Delirium	Dementia
Onset	Rapid	Gradual and insidious
Duration	Brief (hours to days)	Progressive deterioration
Level of consciousness	Impaired, fluctuates	Not affected
Memory	Short-term memory impaired	Short- and then long-term memory impaired, eventually destroyed
Speech	May be slurred, rambling, pressured, irrelevant	Normal in early stage, progressive aphasia in later stage
Thought processes	Temporarily disorganized	Impaired thinking, eventual loss of the thinking abilities
Perception	Visual or tactile hallucinations, delusions	Often absent, but can have paranoia, hallucinations, illusions
Mood	Anxious, fearful if hallucinating; weeping, irritable	Depressed and anxious in early stage, labile mood, restless pacing, angry outbursts in later stages

### ชนิดของ Dementia

1. Alzheimer's disease (AD)
2. Vascular Dementia
3. Lewy Body Disease
4. Parkinson's Disease
5. Huntington's Disease
6. Human Immunodeficiency Virus Dementia
7. Frontotemporal Lobar Degeneration
8. Creutzfeldt-Jakob Disease

ในบทนี้จะกล่าวถึง Alzheimer's disease และ Vascular disease เท่านั้น



## 1. Alzheimer's disease (AD)

ปี ค.ศ. 1901 จิตแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ Alois Alzheimer สังเกตผู้ป่วยอายุ 51 ปี มีการแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ และมีความจำบกพร่อง หลังจากนั้นอีก 5 ปีต่อมา ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นเขาจึงตั้งชื่อโรคว่า Alzheimer's disease ตามชื่อผู้ที่ค้นพบ

โรคนี้มีอาการสำคัญเริ่มแรก คือ ความจำบกพร่อง โดยเฉพาะความจำระยะสั้น  
อาการเตือนของโรค Alzheimer's disease (Austin & Boyd, 2015, p. 792)

1. ความจำเสื่อม ซึ่งกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
2. ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้
3. มีปัญหาด้านการใช้ภาษา
4. สับสนด้านวัน เวลา สถานที่ และบุคคล
5. มีการตัดสินใจลดลง หรือแย่ง
6. มีปัญหาความคิดด้านนามธรรม
7. วางสิ่งของผิดที่
8. มีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิม
9. บุคลิกภาพเปลี่ยน
10. ขาดความคิดริเริ่ม

**ระบาดวิทยา** (Morgan & Townsend, 2021, p. 354)

อุบัติการณ์และความชุก จะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบร้อยละ 10 ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และพบร้อยละ 50 ในผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

พบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย อาจเนื่องจากผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วย Alzheimer's disease เป็นจากกรรมพันธุ์ และจากการกลายพันธุ์ของโครโมโซม โดยผู้ป่วยจากกรรมพันธุ์ (familial AD: FAD) จะพบในช่วงก่อนอายุ 65 ปี

**สาเหตุ** (Morgan & Townsend, 2021, p. 354-355, 357; Austin & Boyd, 2015, pp. 794-795)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากที่สุด คือ อายุ
2. กรรมพันธุ์ (genetic) อุบัติการณ์ของโรค Alzheimer จะมีความสัมพันธ์กับคนที่ เป็น Down Syndrome (โครโมโซมคู่ที่ 21 ผิดปกติ)
3. oxidative stress คือ การที่เซลล์สมองถูกทำลาย โดย oxygen-free radicals
4. การเกิด Beta-amyloid plaques ซึ่งเป็นสารเริ่มต้นทำให้เซลล์ประสาทตาย
5. ฮอโมน จากการศึกษาพบว่า หญิงที่ได้รับฮอโมนเอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสติน (Progesterone) จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม

6. การอักเสบ (Inflammation) จากการศึกษา พบว่า การตอบสนองกระบวนการอักเสบของร่างกายทำให้เกิด stroke ซึ่งนำไปสู่การเกิด beta-amyloid อย่างรวดเร็ว

การกระทบกระเทือนศีรษะอย่างรุนแรงจะเกิดกระบวนการอักเสบทำให้เกิด Alzheimer's disease

7. อาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อาหารที่อุดมด้วยไขมันอิ่มตัว แป้ง น้ำตาล ฯลฯ  
อาหารที่ช่วยป้องกันการเกิด Alzheimer's disease คือ อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งประกอบด้วยอาหารที่ปรุงด้วยไขมันไม่อิ่มตัว (polyunsaturated fats) ได้แก่ ปลา ถั่วมีเปลือกชนิดต่าง ผักตระกูลกะหล่ำ (cruciferous vegetables) ผลไม้ ผักที่มีใบสีเขียวเข้ม

ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด Alzheimer's disease

### อาการและอาการแสดง

Alzheimer's disease มีระยะเวลาในการก่อโรคนาน 15-20 ปี ถึงจะมีอาการสมองเสื่อมอย่างชัดเจน การแสดงอาการของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ เริ่มต้นจากไม่มีความผิดปกติเรื่องความจำ และเริ่มมีอาการความจำถดถอย ซึ่งการที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการความจำถดถอยเกิดขึ้น เป็นผลมาจากการสะสมของสารเบต้าอามีลอยด์ (beta-amyloid) ที่ทำลายเซลล์สมองมาแล้ว 10-15 ปี ต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ จนมีอาการสมองเสื่อมชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาทำได้ไม่ทัน่วงที โดยส่วนหนึ่งมาจากการวางแผนที่ดีว่าผิดปกติทางความจำเล็กน้อยไม่ได้เป็นอาการเริ่มต้นของโรคสมองเสื่อม และเข้าใจผิดคิดว่า Alzheimer's disease เป็นโรคที่เกิดในผู้สูงอายุ ไม่สามารถป้องกันหรือรักษาให้หายขาดได้

อาการของผู้ที่มี Alzheimer's disease แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Varcariolis & Fosbre, 2021, p. 287-289)

1. ระยะเล็กน้อย (mild Alzheimer's disease) ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถทางด้านสติปัญญาแบบค่อยเป็นค่อยไป ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ลดลง จะสูญเสียความจำในปัจจุบันแต่ความจำในอดีตยังคงดีอยู่ ลืมในเรื่องที่เคยทำ เช่น ลืมรับประทานยาประจำตัว ลืมปิดเตาแก๊ส ลืมกุญแจ ลืมปิดประตูบ้าน ลืมปิดไฟ ลืมทำในสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันต่างๆ มากขึ้น ผู้ป่วยจะเฉื่อยเมย ขาดความสนใจ (apathy) ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและจะคงอยู่ตลอดไป มีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์แปรปรวน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีประวัติโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะเกิดความสับสนเมื่อเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย บุคลิกภาพจะเปลี่ยน มีอาการหลงลืมและการตัดสินใจแย่งลง

2. ระยะปานกลาง (moderate Alzheimer's disease) มีอาการของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถจำที่อยู่บ้าน และหมายเลขโทรศัพท์ได้ มีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ (apraxia) การดูแลสุขอนามัยร่างกายลดลง การแต่งกายไม่เหมาะสม

เช่น การใส่เสื้อผ้ากลับหน้ากลับหลัง การติดกระดุมเสื้อไม่ถูกต้อง คำนวณเลขง่าย ๆ ไม่ได้ ไม่สามารถจำคนหรือสิ่งของที่คุ้นเคยได้ (agnosia) เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ซอບออกนอกนอกรบ้าน เดินไร้จุดหมาย อารมณ์จะแปรปรวน โกรธง่าย หวาดระแวง สูญเสียความสนใจโลกภายนอก วงจรการนอนหลับแปรปรวน หากซับซ้อนจะเกิดอันตราย ผู้ป่วยอาจแสดงกิริยามุ่งร้ายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การตี ร้องไห้คร่ำครวญ หัวใจร้อง เริ่มมีอาการด้านจิตเวช เช่น ประสาทหลอน หลงผิดชนิดหวาดระแวง

3. ระยะรุนแรง (severe Alzheimer's disease) ความจำบพร่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่สามารถจำสิ่งของและบุคคลที่คุ้นเคยได้ (agnosia) บ่อยครั้งผู้ป่วยจำทางไปห้องน้ำไม่ได้ จนทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่ปลอดภัย และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการสูญหาย เมื่อจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความสามารถในการพูดและการเดินจะสูญหายไป ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ กลืนอาหารลำบาก น้ำหนักลด นอนหลับมากขึ้น บ่นพึมพำ ทำเสียงอืดอืดไม่พอใจในช่วงระยะสุดท้าย การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ หรือการสำลัก

### การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การประเมินทางระบบประสาท
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. การประเมินด้าน cognition
6. การตรวจทาง neuroimaging

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาไปมาก มีการตรวจความผิดปกติของสมองด้วยเครื่อง PET Scan เป็นการสแกนด้วยรังสีเพื่อตรวจหาความผิดปกติทางสมอง การตรวจเรื่องความจำและผลจากการตรวจทาง PET scan จะสามารถยืนยันความผิดปกติได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 ทำให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมในอนาคต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยเน้นการบริหารสมองด้วยการอ่านหนังสือ เล่นเกมที่อาศัยการคิดคำนวณ การพบปะพูดคุยเข้าสังคม การทำงานศิลปะ ซึ่งสามารถช่วยชะลอ หรือทุเลาอาการเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้

### การรักษา

การรักษาด้วยยา (จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2555, น. 88-89)

1. กลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChE-Is) ใช้รักษา Alzheimer's disease ระดับ mild ถึง moderate
2. Memantine ใช้รักษา Alzheimer's disease ระดับ moderate ถึง severe

3. Neuroprotective agents ได้แก่ Antioxidant ต่าง ๆ ที่มีคุณสมบัติในการลดการทำลายเซลล์จาก free radical ได้แก่ วิตามินอี

## 2. Vascular Dementia

เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบมากในผู้ชาย และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ปัจจัยเสี่ยงคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน atrial fibrillation และสูบบุหรี่ สามารถตรวจพบด้วย computed tomography scan (CT scan) และ magnetic resonance imaging (MRI)

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการบกพร่องด้านความจำ (impaired memory) ความผิดปกติของการใช้ภาษา (aphasia) การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (apraxia) การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (agnosia)

โดยผู้ป่วย Alzheimer's disease สามารถมี Vascular dementia ร่วมด้วยได้

### กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ผู้ป่วย Alzheimer ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017, p. 23)

1. สับสนเรื้อรัง เนื่องจากสูญเสียหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิด
2. มีการปรับตัวต่อปัญหาของครอบครัว เนื่องจากกระบวนการครอบครัวถูกรบกวน
3. ได้รับผลกระทบในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด
4. เกิดภาวะสิ้นหวัง เนื่องจากอาการทรุดลง
5. นอนไม่หลับ เนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาท, นอนหลับมากในช่วงกลางวัน
6. ความจำบกพร่อง เนื่องจากระบบประสาทถูกรบกวน
7. การเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง เนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทอย่างรุนแรง
8. ไม่สนใจตนเอง เนื่องจากการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
9. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากอาการทรุดลง
10. บกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความบกพร่องของจิตใจ
11. แยกตัวจากสังคม เนื่องจาก กลัวแสดงอาการของความจำเสื่อมออกมา
12. เสี่ยงต่อการเรื้อรัง เนื่องจากความบกพร่องด้านการรู้คิด ความคับข้องใจ สภาพของร่างกาย
13. เสี่ยงต่ออาการท้องผูกเรื้อรัง: ปัจจัยเสี่ยง คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง
14. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ: ปัจจัยเสี่ยง คือ มีความสับสน
15. เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว: ปัจจัยเสี่ยง คือ แยกตัวจากสังคมอย่างเด็ดขาด

16. เสี่ยงต่อความเครียดจากการย้ายที่อยู่ใหม่: ปัจจัยเสี่ยง คือ สุขภาพจิตบกพร่อง สุขภาวะแย่ง

17. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น: ปัจจัยเสี่ยง คือ ความคับข้องใจ ความกลัว ความโกรธ การสูญเสียหน้าที่ของการรู้คิด

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ผู้ป่วย Alzheimer ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017)

1. ผู้ป่วย Alzheimer's disease อาจมีอาการไร้อารมณ์ (apathy) วิตกกังวลและซึมเศร้า ขาดการยับยั้งใจ หลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย พฤติกรรมชอบพูด/ ชอบร้องเพลง มีความก้าวร้าว; ช่วยเหลือโดยไม่ใช้ยาเป็นอันดับแรก

2. ส่งเสริมด้านการติดต่อสื่อสาร โดยการแสดงท่าทีที่สงบเป็นมิตร หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ไขว้เขว คงไว้ซึ่งการติดต่อสื่อสารแบบง่าย ๆ ให้ตัวเลือกที่ชัดเจนและมีเพียงขั้นตอนเดียวไม่ซับซ้อน ให้ความช่วยเหลือในการคิดคำพูด พูดซ้ำ ๆ ใช้วลีเดิม ๆ ใช้ท่าทางในการแสดงออก รวดเร็วทันใจ ฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจข้อความที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมให้ความสนใจต่อผู้ป่วย

3. ประเมินอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ความเศร้า อาการกระสับกระส่าย ความหงุดหงิด ความไม่พอใจเกี่ยวกับร่างกาย ความเครียด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยไม่มีพฤติกรรมแสดงออก

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อให้ผ่อนคลาย

5. ประเมินโอกาสเกิดอุบัติเหตุหล่มรายวัน และมีมาตรการป้องกันอุบัติเหตุหล่มที่เหมาะสม

6. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย (ปัจจุบันจะไม่ใช้การผูกมัดผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุ ควรต้องมีคำสั่งแพทย์หากจำเป็นต้องผูกมัด)

7. ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และฝึกฝนผู้ดูแลโดยใช้วิธีการเฉพาะที่เหมาะสมในการเข้ามาขัดขวาง พฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

8. จัดเตียงผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล

9. จัดให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้ที่มั่นคง พร้อมมีที่วางแขน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ Wheelchair ยกเว้นกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเท่านั้น

10. ประเมินภาวะความรู้สึกลดเดี่ยวยของผู้ป่วย

11. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

12. ประเมินเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง

13. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

14. สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

15. ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง
16. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอาบน้ำดูแลความสะอาดตนเอง
17. คำนึงถึงความสมดุลในการทรงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ
18. กระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจกรรม ไม่นั่ง/ นอนอยู่หนึ่ง ๆ

การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation) ผู้ป่วย Alzheimer's disease ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley et al., 2017)

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. ไม่ตื่นบ่อยครั้งในช่วงกลางคืน โดยนอนหลับได้ต่อน้อย 4 คืนจากทั้งหมด 7 คืน
3. ตื่นด้วยความสดชื่น โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการอ่อนเพลียในระหว่างวัน
4. คงสัมพันธภาพ โดยการเปิดเผยตนเอง และมีการแสดงออกถึงความสมดุลระหว่างความอิสระ และการพึ่งพาด้านอารมณ์
5. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดำเนินต่อเนื่องทั้งด้านบวกและที่เกี่ยวข้องกับสังคม
6. ปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมตามต้องการ
7. แสดงออก หรือมีความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

### บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตเวช ระดับความรู้คิดบกพร่องที่มีสาเหตุเกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวันพยาบาลควรต้องให้การดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว ใกล้ชิด และปลอดภัย เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความเปราะบางทั้งด้านอายุที่มาก การเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ การบกพร่องด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นการช่วยเหลือ จัดการ และดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ มีความปลอดภัยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2555). โรคสมองเสื่อม. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 80-93). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2555). Delirium. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 72-78). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาศิษญา อ่อนดี. (2561). การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของการรู้คิด (Nursing Care for Persons with Cognitive Disorders). ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 481-506). สแกนอาร์ต จำกัด.
- Ackley, B.J., Ladwig, G.B., and Makic, M.B.F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care* (11<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Austin, W., & Boyd, M. A. (2015). *Psychiatric & Mental Health Nursing for Canadian Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Morgan, K. I. & Townsend, M. C. (2021). *Davis advantage for Psychiatric mental health nursing* (10<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis Company.
- Varcarolis, E. M., Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (4<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Videbeck S. L. (2014). *Psychiatric - Mental Health Nursing* (6<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.