

# บทบาทพยาบาลด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Nursing Role for Prevention Dementia in Elderly

พรนภา นาคโนนหัน\*

Pornnapa Naknonehun\*

## บทคัดย่อ

ในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งการรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ พยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับประชาชนมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ บททวามวิชาการนี้จึงมุ่งนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางในการให้พยาบาลแก่ผู้สูงอายุต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะสมองเสื่อม บทบาทพยาบาล

## Abstract

Nowadays, dementia has become a vital health problem among the elderly because of its critically rising incidence and the nature of the incurable disease. The physical, psychological, and economic consequences of the disease still affect not only the elderly, but also their families. Nurses as healthcare providers are needed to play a major role in disease prevention in order to enhance their quality of life. This article aims to describe disease pathology and risk factors. Further nurse's roles are elicited to provide guidelines in providing nursing care for the elderly.

**Keywords:** dementia, elderly, prevention dementia, nurse's role

---

\* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภากาชาดไทย  
E-mail: rio\_4\_k@hotmail.com

\* Instructor, Adult and Geriatric Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross  
Institute of Nursing E-mail: rio\_4\_k@hotmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันวิวัฒนาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น สถิติการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14.9 จากเดิมร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2554<sup>1</sup> และมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573<sup>2</sup> นับว่าเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) การเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วย่อมส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้างเศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ที่เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ<sup>3</sup> ภาวะสมองเสื่อมถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในสหรัฐอเมริกาในปี 2010 พบประมาณ 4.7 ล้านคนในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และคาดว่าในปี 2050 จะเพิ่มขึ้นถึง 13.80 ล้านคน<sup>4</sup> สำหรับประเทศไทยนั้นจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2549-2550 พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 1.0-1.2 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 3.5 กลุ่มอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 10.1-13.0 และกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป พบสูงถึงร้อยละ 31.3 จึงเห็นได้ว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นประมาณ 3 เท่า ในทุกช่วง 10 ปี<sup>5</sup>

ภาวะสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความคิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงด้าน บุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือ

การดำรงชีวิตประจำวัน<sup>6</sup> โดยปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้น สามารถแบ่งได้ 2 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น อายุ หรือ การมีญาติสายตรงที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น<sup>7</sup> ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสังคมที่ซับซ้อนรุนแรง โดยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่พบว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ<sup>8</sup> เช่น เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ขุ่นเคือง โกรธ อับอาย รู้สึกผิด หดหู่ และซึมเศร้า<sup>9</sup> เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อนน้อย เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด<sup>10</sup> และผลกระทบต่อการใช้สังคมจากการที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายต่อผู้มาเยี่ยมหรือ เพื่อน ๆ หรือ บางครั้งต้องทอดทิ้งอาชีพการงานเพื่อดูแลผู้ป่วย<sup>8</sup>

ในปัจจุบันแม้จะมีการค้นหาวิธีในการรักษาภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ยังไม่มียาวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ การรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงยังเป็นการรักษาแบบประคับประคอง และเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ ดังนั้น ในฐานะพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระยะการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมนั้นจะน้อยลง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี บทความวิชาการนี้จึงนำเสนอครอบคลุมใน 4 ประเด็นคือ ภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

## ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของการรู้คิด (cognitive function) ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้<sup>6</sup>

**การตรวจวินิจฉัย** การตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางจิตประสาทเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง<sup>11</sup>

1. การซักประวัติ ได้แก่ ความจำ การรู้คิด ด้านต่างๆ พฤติกรรม อารมณ์ และความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADLs) ที่เปลี่ยนไปจากเดิมนอกจากนี้ควรซักประวัติเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การซักประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม<sup>7</sup> ดังนั้น การซักประวัติควรประเมินจากผู้ดูแลหรือญาติ แยกจากการซัก

ประวัติจากผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด<sup>11</sup>

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพโดยรวมทั่วไปของผู้ป่วย การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากอาจมีผลต่อการทดสอบจิตประสาท การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และการตรวจเพื่อหาโรคร่วม (Co-morbidity) ที่อาจส่งผลต่อการเกิดการบกพร่องของการรู้คิด

3. การตรวจทางจิตประสาทเบื้องต้น เป็นการประเมินปัญหาเรื่องความจำเบื้องต้นของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน เช่น Thai Mental State Examination (TMSE) หรือ Mini Mental Status Examination (MMSE) ซึ่งแบบประเมิน MMSE นี้ถ้าได้ค่าต่ำกว่า 24 จาก 30 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความจำ neurobic exercise

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อตรวจแยกโรคที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ เช่น การตรวจระดับโพแทสเซียม วิตามินบี 12 การทำงานของต่อมไทรอยด์ ซีฟิลิสรวมไปถึงการตรวจเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม

5. การตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง มี 2 ลักษณะที่สำคัญคือ 1) Structural imaging ได้แก่ การตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (Cranial computed tomography) และการตรวจคลื่นไฟฟ้าแม่เหล็กสมอง (Magnetic Resonance Imaging : MRI) เพื่อแยกโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น เนื้องอกสมอง การอักเสบของสมอง รวมถึงฝีในสมอง 2) Functional imaging ได้แก่ การตรวจ Diffusion-Tensor Imaging (DTI) Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) และ Positron Emission

Tomography (PET) เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดภายในสมอง และลักษณะกึ่งขางของสมอง (parietal lobe) แต่การตรวจลักษณะนี้มักใช้ใน งานวิจัย เนื่องจากเครื่องมือยังไม่แพร่หลายและมี ค่าใช้จ่ายสูง

เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้นใช้ ตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM - V)<sup>12</sup> ได้แก่

1. มีความผิดปกติของสมองในด้านต่างๆ อย่างน้อย 1 ด้าน หรือมากกว่า เช่น ความจำ ภาษา การทำกิจกรรม หรือการวางแผนการทำ กิจกรรมที่ซับซ้อน

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นต้องไม่เกี่ยวกับความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาท จิตเวช การได้รับ สารพิษ การเผาผลาญอาหาร หรือหลายๆ ระบบ

**การรักษา** หลักในการรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการพึงพาผู้อื่น น้อยที่สุด ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่า ที่ยังสามารถทำได้ สามารถจำแนกการรักษาออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาโดยไม่ใช้ยาและ การรักษาโดยใช้ยา<sup>13</sup> ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) การรักษาและบำบัด โดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะ ต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการรักษาโดยไม่ ใช้ยานั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การฟังเพลงที่ ค้นเคย การสวดมนต์ การเดินรำ การวาดภาพ<sup>13</sup> เป็นต้น ซึ่งในการเลือกกิจกรรมนั้น จำเป็นต้อง เลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของภาวะ สมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ซึ่ง

เป็นพลวัต (dynamic process) และเปลี่ยนแปลง ตามระยะเวลาการดำเนินของโรค โดยก่อนเริ่ม กิจกรรมควรเตรียมผู้ช่วยให้พร้อม และประเมิน ปัญหาโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ตลอดจนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม มีการ สื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่อง ชิดจำกัด ความสามารถในการรับรู้ และการเรียนรู้ ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>13</sup>

2. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological management) ได้แก่ ยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors เช่น Donepezil, Rivastigmine, Galantamine เป็นต้น ซึ่งสามารถชะลออาการ ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิดได้ และการ รักษานี้จะได้ผลดีเมื่อให้ในผู้ป่วยที่มีอาการในระยะ แรก แต่ยาไม่ได้สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้ หายขาดได้ เพียงแต่ชะลอการดำเนินการของภาวะ สมองเสื่อม<sup>13</sup>

## ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม

สามารถแบ่งได้ 2 ปัจจัยสำคัญ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1.1 อายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เซลล์ สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง มีการ สะสมของสาร lipofuscin และ senile plaque เพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และ ประสาทอัตโนมัติซาลง ความเร็วในการส่ง สัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความ ไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง เกิดความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ (recent memory)<sup>14</sup>

1.2 พันธุกรรม พบว่า บุคคลที่มีบิดาหรือ มารดามีภาวะสมองเสื่อมจะมีโอกาสเกิดภาวะ

สมองเสื่อมมากกว่าบุคคลที่มีบิดาและมารดาปกติ 3 เท่า แต่ถ้าหากบุคคลนั้นมีบิดาและมารดาเป็นภาวะสมองเสื่อม บุคคลนั้นจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 5 เท่า เนื่องจากความสัมพันธ์ของสารพันธุกรรม คือ Apo E4 โดยพบว่าคนที่ตรวจพบสารนี้ 1 ชุด มีอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 47 และถ้าตรวจพบสารนี้ 2 ชุด จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 91<sup>14</sup>

1.3 โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมองฝ่ออย่างรวดเร็ว และมีปัญหาด้านความจำ การพูด ความคิด การกระทำ และอารมณ์<sup>14</sup>

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้ ส่วนใหญ่ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุร่วมกัน (mixed dementia) คือ โรคอัลไซเมอร์ และหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อม และการมีกิจกรรมทางสังคม จึงพบปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

2.1 ภาวะอ้วน การศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากบทความวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 1,612 บทความพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 30 กก. ต่อตารางเมตรขึ้นไปในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 1.41 เท่า<sup>15</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ที่มีภาวะอ้วน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ในผู้ที่มีอายุมากกว่า

75 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายที่ต่ำ หรือมากกว่าปกติ นั้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น<sup>16-17</sup>

2.2 การสูบบุหรี่ การศึกษาแบบสำรวจในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบบุหรี่ คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ครึ่งซองถึงหนึ่งซอง หนึ่งถึงสองซอง และ มากกว่าสองซองจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 1.08, 1.34 และ 1.37 เท่าตามลำดับ และเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวันต่อความเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์ และโรคความจำเสื่อม พบว่ามีค่าความเสี่ยง 2.57 และ 2.72 เท่าตามลำดับ<sup>18</sup> ทั้งนี้เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นสารที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาที่เป็น Systemic review และ Meta-analysis พบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ<sup>19</sup>

2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ และการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน โดยในงานวิจัยพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางนั้นสามารถช่วยลดภาวะสมองเสื่อมได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการศึกษาที่ให้ข้อมูลขัดแย้งกัน โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม<sup>20</sup> แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนช่วยป้องกันหรือทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างไร แต่ผลของแอลกอฮอล์นั้นได้ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปัญหาต่อ

ระบบทางเดินอาหาร ปัญหาต่อระบบไหลเวียนโลหิต มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ภาวะโภชนาการเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งต่างๆ และอาจทำให้เกิดปลายประสาทเสื่อม Wernicke Korsakoff's syndrome, Alcoholic dementia และ Cerebellar degeneration

2.4 ภาวะขาดวิตามิน โดยมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการเกิด Oxygen free radical จาก Oxidative stress ที่อาจเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ โดยเฉพาะการขาดวิตามินอี วิตามินซี วิตามินอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ โฟลิก และวิตามินบีสิบสอง จากการศึกษาติดตามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นเวลา 16 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่ขาดวิตามินบีสิบสอง มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แต่กรดโฟลิกนั้นไม่มีความสัมพันธ์<sup>21</sup> ถึงอย่างไรก็ตามหากขาดกรดโฟลิก และวิตามินบีสิบสองจะมีผลทำให้ Homocysteine สูงขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเสื่อม<sup>10</sup>

2.5 การขาดการออกกำลังกาย การศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าบุคคลที่ขาดการออกกำลังกาย จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายตามปกติประมาณ 2 เท่า (OR 1.82, 95% CI 1.19-2.78)<sup>22</sup> เนื่องจากในทฤษฎีการออกกำลังกายสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้โดยการกระตุ้น Neurotrophic factor และปรับเปลี่ยนกระบวนการ apoptosis อีกทั้งการออกกำลังกายยังช่วยให้ระบบการไหลเวียนเลือดทำงานได้ดีขึ้น ลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้<sup>10</sup>

2.6 โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคเบาหวาน (diabetic mellitus) โดยโรคประจำตัวเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อันเป็น

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม 1.15 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลปกติ<sup>23</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้นั้น จะลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 4.9 เท่า<sup>18</sup> สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม<sup>17</sup>

2.7 ภาวะซึมเศร้า การศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ 1.66 เท่า (RR=1.66, 95% CI 1.29-2.14) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.89 เท่า (RR = 1.89, 95% CI 1.19-3.01) และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.55 เท่า (RR = 1.55, 95% CI 1.31-2.83) เมื่อเทียบกับบุคคลปกติ แต่ในบางการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาความจำหรือภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตประสาทที่พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรก<sup>24</sup> ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่ทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ ถึงอย่างไรก็ตามการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งในการที่จะป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

## บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน บางปัจจัยนั้นไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ แต่ในบางปัจจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การ

พยายามเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงเน้นการจัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกายภาพ (Physical activities) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เนื่องจากช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง ทำให้อารมณ์แจ่มใส ฟ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งการออกกำลังกายนี้สามารถทำได้ที่บ้าน เช่น การเดิน 30 นาที การทำโยคะ เป็นต้น จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายปานกลางหรือออกกำลังกายหนักต่อสัปดาห์ มีความเสื่อมลงของสมองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>25</sup>

2. การแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Diet) โดยเลือกอาหารที่มีโปรตีนสูง และไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ไม่ติดหนัง นมไขมันต่ำ ไข่ขาว เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สารอาหารครบถ้วนโดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ผัก ผลไม้ตระกูลส้ม อาหารที่มีโฟลิกสูง เช่น ถั่วแดง ถั่วลันเตา ถั่วเหลือง ผักกาดหอม กัลฉ่าย น้ำว้า และอาหารที่วิตามินบีสิบสองสูง เช่น ไข่ปลา เนื้อสัตว์ อาหารหมักประเภท miso เป็นต้น จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของสมองจะลดลง 0.04 ต่อปี แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารผักเฉลี่ย 2.8 ส่วนต่อวันจะมีการลดต่ำลง 0.019 ต่อปี และกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารผักเฉลี่ย 4.1 ส่วนต่อวันจะมีการลดต่ำลง 0.018 ต่อปี<sup>22</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส ที่พบว่า การรับประทานอาหารผัก

และผลไม้ที่มากกว่า 2 ส่วนต่อวันจะลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม และลดการเสื่อมลงของสมองได้ร้อยละ 6.46<sup>18</sup>

3. แนะนำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (smoking) ในประเทศไทยพบอัตราการสูบบุหรี่ในช่วงวัยสูงอายุสูงถึงร้อยละ 16.60 โดยเป็นลำดับที่ 2 รองจากวัยทำงาน จากการศึกษาผลการสำรวจในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบคือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ครึ่งซองถึงหนึ่งซอง หนึ่งถึงสองซอง และมากกว่าสองซองจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 1.08, 1.34 และ 1.37 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ และโรคความจำเสื่อม 2.57 และ 2.72 เท่าตามลำดับ<sup>26</sup>

4. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคม (social engagement) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสม่ำเสมอ เช่น เยี่ยมเพื่อนหรือญาติพี่น้อง ท่องเที่ยวกับเพื่อน ดูหนัง ไปวัด มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ชอบเข้าสังคม<sup>19</sup>

5. ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางความคิด (cognitive activities) โดยการฝึกทักษะสมองนี้เกิดจากแนวคิด Neurotic ซึ่งนำแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ที่ทำให้ร่างกายแข็งแรงด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆ ส่วน มาประยุกต์กลายเป็นวิธีบริหารสมองที่ใช้ประสาทสัมผัสไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ สมองแข็งแรงขึ้น<sup>27</sup> โดยมีหลักการดังนี้

5.1 เปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน เนื่องจากการทำกิจกรรมซ้ำแบบเดิมทุกวันทำให้สมองที่ไม่ได้รับการกระตุ้นนานจะทำงานโดยไม่ต้องคิด (Subconscious) สมองจึงทำงานลดลง เซลล์สมองมีการถูกกระตุ้นลดลง นำไปสู่การฟ่อของเซลล์<sup>27</sup> การฝึกสมองด้วยแนวคิดนิวโรบิกจึงเริ่มจากเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันง่ายๆ เช่น เคยกินข้าวหลังอาบน้ำ ให้กินข้าวก่อนอาบน้ำ เพิ่มกิจกรรมใหม่ให้ตัวเอง ออกไปวิ่งตอนเช้า ปรุงอาหารเข้าด้วยตนเอง เปลี่ยนวิธีปฏิบัติ เช่น ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดแปรงฟันหรือถอดรีโมท ฟังวิทยุจากสถานีใหม่ (ที่ไม่เคยฟัง)

5.2 ใช้ประสาทสัมผัสมากขึ้น ดึงความสามารถของประสาทสัมผัสทั้ง รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และอารมณ์ มาใช้ให้มากที่สุด และใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป โดยจดใช้ประสาทสัมผัสที่ใช้บ่อย เช่น ใช้มือคลำหาของแทนการมองหา สื่อสารด้วยท่าทางแทนคำพูด ผสมผสานประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น ดมกลิ่นหอมของดอกไม้ขณะฟังเพลง ลิ้มลองรสชาติไปพร้อมสูดดมกลิ่นของอาหาร กระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น ใช้กลิ่นบำบัด จุดน้ำมันหอมระเหยขณะนวดตัว เล่นเกมส์ฝึกสมอง เช่น เล่นไพ่ เล่นหมากรุกหมากล้อม เป็นต้น

5.3 ทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน เนื่องจากจะส่งผลกระตุ้นสมอง และได้ใช้ประสาทสัมผัสทุกด้าน จากงานวิจัยของสุทธิศรี ตรีภูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดโดยการกระตุ้นการสัมผัสมีความสามารถในการรู้คิดภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม<sup>28</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์ ซึ่งเมื่อเกิดอารมณ์ที่สนุกแล้วร่างกายจะหลั่งสารแห่งความสุข ซึ่งส่งผลดีต่อสมอง<sup>27</sup> การทำกิจกรรมใหม่ๆ อาจทำได้โดยการเป็น

สมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ การเดินทางท่องเที่ยว หรือการไปสถานที่ใหม่ๆ ทำให้สมองได้มีการสื่อสารระหว่างเซลล์สมองมากขึ้น

การศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบ neurobic exercise ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าหลังจากออกกำลังกายแบบ neurobic exercise ช่วยเพิ่มความจำและลดความเสี่ยงของสมองได้<sup>29</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของวารสารเกรียงไกรศักดา และเสรี ชัดรัมย์ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองโดยประยุกต์จากทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการฝึกสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความจำระยะสั้นของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้ โดยเพิ่มขึ้นทั้งด้านช่วงตัวเลข (Digit span) และด้านสัญลักษณ์ตัวเลข (Digit symbol)<sup>30</sup>

## สรุป

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยและทั่วโลก การรักษาในปัจจุบันเป็นการรักษาเพื่อการประคับประคอง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ญาติ ครอบครัว ผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ฉะนั้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และเป็นบทบาทที่ท้าทายอย่างยิ่งของพยาบาล ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล จะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office of Thailand. Preliminary results report Survey the elderly population in Thailand [Internet]. 2014 [Cited 2016 Apr 7]. Available from [https://www.msociety.go.th/article\\_\\_attach/14494/18145.pdf](https://www.msociety.go.th/article__attach/14494/18145.pdf). (In Thai).
2. Choonharas S. Annual Report of the Thai Elderly 2010. Bangkok: TQP; 2012. (In Thai).
3. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Inthrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai 2008;91(11):1685-90.
4. Hebert LE, Weuve J, Scherr PA, Evans DA. Alzheimer disease in the United States (2010–2050) estimated using the 2010 census. Neurology 2013;80(19):1778-83.
5. Institute for Population and Social Research. Thailand Population. Journal of Population, Mahidol University 2010;19(56):36-43. (In Thai).
6. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Care Guidelines. Bangkok: Active Print; 2006. (In Thai).
7. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Unioncreation; 2011. (In Thai).
8. Scholzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. Alzheimer Dis Assoc Disord 2009; 23:171-7.
9. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. J Psychiatr Assoc Thailand 2013;58(1):101-10. (In Thai).
10. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. J Med Assoc Thai 2010;93(5):601-7.
11. Muangpaisan W. Prevention, assessment and care of dementia patients. Bangkok: Parbpim; 2013. (In Thai).
12. Keeforver RW. Dementia. West Virginia: West Virginia Integrated Behavioral Health Conference, 2013 [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 12]; Available from: <http://www.dhhr.wv.gov/bhhf/Documents/2013%20IBHC%20Presentations/Day%20%20Workshops/Dementia%20Handouts.pdf>.

13. Tantirtsak T. Clinical practice guidelines: Dementia. Bangkok: Tana Press; 2014. (In Thai).
14. Thongchareon V. Art and Science Geriatric Nursing. Bangkok: Textbook Project Faculty of Nursing Mahidol University; 2011. (In Thai).
15. Pedditizi E, Peters R, Beckett N. The risk of overweight/obesity in mid-life and late life for the development of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Age Ageing* 2016;45(1):14-21.
16. Middleton LE, Yaffe K. Targets for the prevention of dementia. *J Alzheimers Dis* 2010;20(3):915-24.
17. Richard E, Lighthart SA, Moll van Charante EP, van Gool WA. Vascular risk factors and dementia--towards prevention strategies. *Neth J Med* 2010;68(10):284-90.
18. Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, Berr C, Artero S, Ancelin ML. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ* 2010;341(5):1-9.
19. Limpawattana P. Preventive Strategies of Dementia. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2554;3(6):16-23. (In Thai).
20. Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo BP, et.al. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27(12):1218-38.
21. Clarke R, Birks J, Nexo E, Ueland PM, Schneede J, Scott J, et. al. Low vitamin B-12 status and risk of cognitive decline in older adults. *Am J Clin Nutr* 2007;86(5):1384-91.
22. Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011;10(9):819-28.
23. Cheng G, Huang C, Deng H, Wang H. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Intern Med J* 2012;42(5):484-91.
24. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L. et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(5):441-9.
25. Middleton LE, Yaffe K. Promising Strategies for the prevention of dementia. *Neurological Review* 2009;10(66):1210-15.

26. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP Jr, Zhou J, Whitmer RA. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med* 2011;171(4):333-9.
27. Lawrence CK. *Keep Your Brain Alive: 83 Neurotic Exercise to help Prevent Memory loss and Increase Mental Fitness*. University Medical center. North Carolina: Durham; 2010.
28. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effect of a cognitive Stimulation Program on the Cognitive Abilities and Ability to Perform the Activities of Daily Living in Elders Who are Risk of or have Dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2016;9(2):145-58. (In Thai)
29. Kanthamalee S, Sripankeaw K. Effect of neurobic exercise on memory enhancement in the elderly with dementia. *Journal of Nursing Education and Practice* 2014;3(4):69-78.
30. Kriengkaisakda W, Chadcham S. Development of a Brain-Training Rehabilitation Program Based on Neurobics Exercise Theory for Patients with Mild Dementia. *Research Methodology & Cognitive Science* 2012;1(10):12-25. (In Thai).