

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Elderly Patients with Dementia in a Long-Term Care System: A Comparative 2 Case Study

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

สุปัญญา นนทะเสน¹
Supunya Nontasean

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบระยะยาวที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา :พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 72 ปี หลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีคนคอยกำกับดูแล มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 76 ปี สามีเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน รายที่ 2 ต้องการการดูแลทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาวะการดูแลลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจในระบบการดูแลมาก

คำสำคัญ:การพยาบาล ,ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ,ระบบดูแลระยะยาว

Abstract

This study was case study aimed to provide guidelines for nursing care for elderly patients with dementia in a long-term care system. This study compares two dementia patients receiving long-term care at the community health center, Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province, from April 1, 2024, to June 26, 2024. Tools used included data collection forms, patient medical records, interviews, observations, analysis using Gordon's health patterns, disease pathology, treatment, nursing diagnosis planning, implementation, and evaluation of nursing outcomes.

Results: Both patients were diagnosed with dementia and had comorbid hypertension. Case 1: A 72-year-old female whose primary caregiver is her granddaughter. She is capable of performing daily activities but requires supervision. She exhibits inappropriate behavior and mood. Case 2: A 76-year-old female whose primary caregiver is her husband. She cannot perform daily activities and also exhibits inappropriate behavior and mood. Both patients were cared for using the nursing process combined with the Dementia Management (A-N) guidelines. It was found that: Case 1: The patient was able to perform some daily activities. Case 2: The patient required assistance with basic daily activities. Both patients exhibited reduced inappropriate behavior and mood, remained safe, and experienced no complications. Caregivers gained knowledge and understanding of dementia care, reduced caregiving burden, and reported improved quality of life and satisfaction with the care system.

Keywords: Nursing, Elderly with Dementia, Long-Term Care System

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจประเทศในโลก พบความชุกของโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จะทำให้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะก่อให้เกิดความบกพร่องด้านความคิด ความจำและการตัดสินใจ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งความผิดปกตินี้ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน^{2,3} การวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน จึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทักษะประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล มาประมวลเข้ากับการดูแลผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ตามบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ จากผลการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ(The United Nations UN) นิยามว่าประเทศใดมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่า ประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)²

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563 - 2564 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.11 และ

15.79 ตามลำดับ (ข้อมูลทั่วไป จาก Health Data Center 2565)ประชากรในอำเภอพล มีจำนวนทั้งหมด 85,660 คน มีประชากรสูงอายุ 16,404 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 19.15 ของประชากรทั้งหมดในเขตอำเภอพล

การศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N)⁶ซึ่งต้องใช้สมรรถนะการดูแลโดยเฉพาะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิที่ต้องร่วมวางแผนการดูแลในระบบดูแลระยะยาวในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ.2567 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ.2567 โดยแต่ละรายมีระยะเวลาในการศึกษา ดังนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 21 มีนาคม 2567 กรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 21 มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย, แบบประเมิน TMSE, แบบคัดกรองสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบตรวจประเมินอาการและอาการแสดง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมองคร่อม,แบบประเมินADL เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาวจากตำราและเอกสาร งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม

2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องจัดทำเป็นเอกสารและเผยแพร่

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้อาสาสมัครได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่อาสาสมัครสามารถเข้า

ร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเสนอผลการศึกษาดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ3 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม การประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน พบปัญหา 7 ปัญหาส่วนที่แตกต่างกัน คือรายที่ 1 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนด้วยตนเอง ตาข้างขวามัวมองไม่ชัด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลักและบุตรเขยเป็นผู้ช่วย มีค่าโพแทสเซียม 3.2 mmol/L ต่ำกว่าปกติ แสดงว่าอาจเกิดจากอัตราการทำงานของไตผิดปกติจากไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 หรือการรับประทานอาหารโพแทสเซียมต่ำจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง และได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมอาการทางจิต ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีสามีเป็นผู้ดูแลหลักเพียงลำพังมีผลแมกนีเซียมในเลือดสูง

2.การวินิจฉัยการพยาบาล

เปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดกอร์ดอน ร่วมการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ข้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหาและป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน

3. การพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
<p>1.ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 3.20 mmol/L (10 เมษายน 2567) เป้าหมาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เกณฑ์การประเมินผล 1.ค่า Potassium(K) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.0 mmol/L 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา 2.สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย 3.บันทึกสัญญาณชีพ 4.ดูแลให้อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงได้แก่มะละกอ กุ้ง ส้ม พร้อมติดตามแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ ปัญหาช่องปาก การเคี้ยวกลืน ที่ต้องส่งพบแพทย์ 5.ให้ยา Vitamin B complex 1 mg 1x1 \odot pcตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล 1.ค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.3 mmol/L (17 เมษายน 2567) 2.ผู้ป่วยไม่มี คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ</p>	<p>1.ผู้ป่วยมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน O: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Magnesium 2.5 mg% (3 เมษายน .2567) เป้าหมาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล 1.ค่า Magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.6–2.3 mg% 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ชา กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการชา กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ชัก วัดความดันโลหิตต่ำ 2.สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย 3.บันทึกสัญญาณชีพ 4.แนะนำญาติไม่ให้อาหารที่มีแมกนีเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น ถั่วและเมล็ดพืช คهوة กล้วย โอวคาโต ปลาแซลมอน พร้อมติดตามแนะนำให้ญาติสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องส่งพบแพทย์ 5.ให้ยา Vitamin B complex 1 mg 1x1 \odotpc, ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล 1.ค่า Magnesium 2.1 mg% อยู่ในเกณฑ์ปกติ (17 เมษายน 2567) 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการชา กล้ามเนื้อเกร็งหรือชัก ความดันโลหิตปกติ</p>
<p>2.มีโอกาสดังอันตรายจากภาวะหลงลืม ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติให้ประวัติว่า เวลาผู้ป่วยทำอาหารจะชอบลืมปิดแก๊ส และทำไฟไหม้หม้อหนึ่งข้าวบ่อยๆ O : จากการเยี่ยมบ้าน สังเกตเห็นที่นึ่งข้าวดำ เป้าหมาย ป้องกันอันตรายจากไฟไหม้กรณีทำอาหาร เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและทรัพย์สินปลอดภัยไม่ได้รับความเสียหาย กิจกรรมการพยาบาล 1.แนะนำญาติคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด</p>	<p>2.มีการรู้คิดบกพร่องจากภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติบอกว่าผู้ป่วยจำเหตุการณ์ในปัจจุบันไม่ได้ จำสามีและลูกหลานไม่ได้ เคยออกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก O : ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Dementia ,ผลการประเมิน TMSE=0 ประเมินไม่ได้ เป้าหมาย 1.ชะลอความเสื่อมของการรู้คิด และคงความสามารถของการรู้คิดของผู้ป่วยให้นานที่สุด 2.ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการหลงลืม เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีการรู้คิดคงเดิมหรือดีขึ้น</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และ รายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>2.ให้ทำกิจกรรมที่ไม่เสี่ยงอันตราย หรือให้ญาติทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยกรณีปิดแก็สเวลาทำอาหาร หรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงอื่นๆ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 8 เมษายน 2567) ผู้ป่วยทำอาหารได้ไม่เกิดความเสียหายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน</p>	<p>2.สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้</p> <p>3.ผู้ป่วยไม่หลงทาง ไม่สูญหาย</p> <p>1.แนะนำญาติคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นภาวะที่ไม่มียารักษา มีแต่การดูแลเพื่อคงให้ผู้ป่วยยังคงทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการที่ตีเฟลิดเฟลิน</p> <p>2.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ที่ช่วยคงไว้ซึ่งการรู้คิด เช่น การอ่านหนังสือ การอ่านธรรมะ พาผู้ป่วยปลูกต้นไม้ ดอกไม้ที่ผู้ป่วยชอบ</p> <p>3.ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น สวมใส่เสื้อผ้าเอง รับประทานอาหารเอง และช่วยเหลือในส่วนที่ตัวเองไม่ได้จากอาการหลงลืม เช่น การอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน</p> <p>4.ส่งเสริมความจำ อารมณ์ ให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวในอดีตที่ตนเองชื่นชอบประทับใจ และแนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยเดินเล่นเป็นประจำ</p>
	<p>5.แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยทำกิจกรรมในชุมชน สังคม พยายามอย่าให้อยู่คนเดียว พุดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ประจำวันกับผู้ป่วย</p> <p>6.แนะนำ อสม./ชุมชนช่วยเป็นรื้อนำส่งผู้ป่วยและช่วยสอดส่องไม่ให้ผู้ป่วยหนีออกจากบ้าน</p> <p>6.ดูแลควบคุมโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง แนะนำให้ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 10 เมษายน 2567)</p> <p>1.ผู้ป่วยความจำคงที่</p> <p>2.ผู้ป่วยไม่หลงทางเนื่องจากญาติให้อยู่ในบ้าน</p>
<p>3.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีอาการตามัว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ผู้ป่วยบอกว่าตามัว โดยเฉพาะตาข้างขวาและมีต่อกระจก O: จากการตรวจร่างกาย พบว่าตาข้างขวาเป็นต่อกระจก สังเกตเห็นผู้ป่วยขี้ตาบ่อยๆขณะพูดคุยบอกตามัว มองเห็นไม่ชัด ระบายเคือง ยังไม่ได้รับการรักษาที่จักษุแพทย์</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่หกล้ม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน</p> <p>2.เปิดไฟส่องสว่างให้เพียงพอ</p> <p>3.แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยไปรับการรักษตาต่อกระจก</p> <p>4.แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยขี้ตา พบแพทย์เพื่อรับยาถ้ามีอาการระคายเคืองตามากขึ้น</p>	<p>3.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากขอบขั้น-ลง ที่บันไดทางขึ้นบ้านชั้น 2</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติให้ประวัติว่าขอบเดินขึ้น -ลงบันไดบ้านชั้น 2 O: จากการเยี่ยมบ้านเห็นผู้ป่วยเดินขึ้นบันไดบ่อยๆสามีได้ไปติงลงมาบ่อยครั้ง</p> <p>เป้าหมาย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.แนะนำญาติดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ปรับทางขึ้นบันไดบ้านชั้น 2 โดยทำการปิดไว้</p> <p>2.แนะนำ อสม.ใกล้บ้านช่วยดูแลและติดตามเยี่ยม</p> <p>3.จัดบริเวณหน้าห้องน้ำและทางบันไดชั้น 2 ให้มีไฟส่องสว่าง</p> <p>4.สอนให้ญาติช่วยทำกายภาพและพาผู้ป่วยออกกำลังกายทุกวัน</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
<p>การประเมินผลการพยาบาล (15 เมษายน 2567)</p> <p>1.ญาติจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้านและนอกบ้านมีไฟส่องสว่างเพียงพอ</p> <p>2.หลานสาวพาไปพบแพทย์แพทย์แจ้งอยู่ในระยะที่ยังไม่ต้องผ่าตัดรักษาตามอาการ</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 24 เมษายน 2567)</p> <p>1.ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยปิดกั้นประตูทางขึ้นบันไดชั้น 2</p> <p>2. ซ่อมไฟหน้าห้องน้ำให้ส่องสว่าง</p> <p>3. ผู้ป่วยไม่หกล้ม</p>
<p>4.สัมพันธ์ภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติให้ประวัติว่าชอบถามเรื่องเดิม ๆ ซ้ำๆ บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม ทำให้ญาติหงุดหงิดเวลาสนทนา</p> <p>S: ญาติให้ประวัติว่าจะหงุดหงิดเวลาคุยกับหลานเพราะพูดกันคนละเรื่อง</p> <p>O: จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสอบถามว่าอันนี้/สิ่งนี้เรียกอะไร ผู้ป่วยตอบได้ไม่ถูกต้อง</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ไม่เกิดความขัดแย้งในครอบครัว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>สามารถสื่อสารได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ลดความขัดแย้งจากปัญหาการสื่อสาร</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แนะนำญาติใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดคุยกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาด้วยแววตาอ่อนโยน ยิ้มแย้ม ใช้คำที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน - ใช้น้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตะโกนเสียงดังโดยไม่จำเป็น การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเคารพ - ไม่เร่งรีบให้เวลาผู้ป่วยในการตอบหรือแสดงความรู้สึกให้เวลาผู้ป่วยได้นึกคิด และต้องอธิบายชื่อและวิธีการทำสิ่งนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยจำชื่อและสิ่งของไม่ได้กำลังใจ ไม่ตอกย้ำอาการหลงลืมของผู้ป่วย 	<p>4.สัมพันธ์ภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติให้ประวัติผู้ป่วยจะเฉยเมยมีอารมณ์ความรู้สึกบางอย่าง มีอาการหงุดหงิดเวลาขัดใจ ญาติถามก็จะมองหน้า</p> <p>O : วันที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหงุดหงิดไม่ยอมให้วัดความดันโลหิต</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ไม่เกิดความขัดแย้งในครอบครัว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>สามารถสื่อสารได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ลดความขัดแย้งจากปัญหาการสื่อสาร</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>. ประเมินการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แนะนำญาติใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดคุยกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาด้วยแววตาอ่อนโยน ยิ้มแย้ม ใช้คำที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน - ใช้น้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตะโกนเสียงดังโดยไม่จำเป็น การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเคารพ - ไม่เร่งรีบให้เวลาผู้ป่วยในการตอบหรือแสดงความรู้สึกให้เวลาผู้ป่วยได้นึกคิด และต้องอธิบายชื่อและวิธีการทำสิ่งนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยจำ
<p>การประเมินผลการพยาบาล (ประเมินวันที่ 13 พฤษภาคม 2567)</p> <p>1.ญาติเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงมีอาการแบบนี้ ญาติเข้าใจและใจเย็นลง เพราะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม</p> <p>2.ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ญาติมีทักษะในการสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไรและไม่ชอบอะไร</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล (ประเมินวันที่ 24 พฤษภาคม 2567)</p> <p>1.ญาติเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงมีอาการแบบนี้ ญาติเข้าใจและใจเย็นลง เพราะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม</p> <p>2.ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ญาติมีทักษะในการสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไรและไม่ชอบอะไร</p>
<p>5.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รู้สึกยุ่งยากที่จะพาผู้ป่วยออกนอกบ้านทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด</p>	<p>5.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงมา 11 ปี จำสามีและลูกหลานไม่ได้ ญาติต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุด</p> <p>O : ผู้ดูแลบอก หนี้อย่างน้อยต้องดูแลเพียงลำพังตลอด ZBI 10 คะแนน</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
<p>○ : ผู้ดูแลมักบ่นว่าผู้ป่วยเอาแต่ใจ บอกไม่ฟัง ZBI 10 คะแนน</p> <p>เป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อม 2.ญาติสามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>สามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินญาติจากการสอบถามพูดคุยในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางด้านร่างกาย ข้อมูลทางด้านจิตใจ และข้อมูลทางด้านสังคม 2.ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น การผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3.แนะนำแหล่งความรู้และแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกผู้สูงอายุ 4.ติดต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 5.ประเมินความรู้อย้อนกลับเพื่อเพิ่มรายละเอียดในการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลบกพร่อง <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>(ประเมินผล 24 มิถุนายน 2567)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มี อสม./CG มาสับเปลี่ยนช่วยดูแลให้ญาติได้มีเวลาส่วนตัวได้ทำกิจกรรมที่เคยทำบ้าง 2.ญาติบอกว่าหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม Group Support แล้วมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลบางคนมีปัญหามากกว่าตนเอง 	<p>เป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อม 2.ญาติสามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>สามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินญาติจากการสอบถามพูดคุยในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางด้านร่างกาย ข้อมูลทางด้านจิตใจ และข้อมูลทางด้านสังคม 2.ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น การผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3.แนะนำแหล่งความรู้และแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกผู้สูงอายุ 4.ติดต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 5.ประเมินความรู้อย้อนกลับเพื่อเพิ่มรายละเอียดในการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลบกพร่อง <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>(ประเมินผล 26 มิถุนายน 2567)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มี อสม./CG มาสับเปลี่ยนช่วยดูแลให้ญาติได้มีเวลาส่วนตัวได้ทำกิจกรรมที่เคยทำบ้าง 2.ญาติบอกว่าหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม Group Support แล้วมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลบางคนมีปัญหามากกว่าตนเอง
<p>วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่แตกต่างกันตามปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการควบคุมกระบวนการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะหลงลืม, เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม, สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการดูแลเพิ่มเติมตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดูแลให้มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระดับปกติ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง เป็นการดูแลตามปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากภาวะสุขภาพระยะอาการของโรคที่แตกต่างกัน</p>	
<p>ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ โดยการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะประเฉียบ ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม,</p>	<p>ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ โดยการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะประเฉียบ ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม, การ</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การจัดการปัญหาทางอารมณ์,พฤติกรรมด้วยเทคนิคABC ^{8,9,10} การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล hygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหาสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง	จัดการปัญหาทางอารมณ์,พฤติกรรมด้วยเทคนิคABC ^{8,9,10} การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล hygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหาสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง
วิเคราะห์จากตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยมีความเหมือนกัน จากปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การการดูแลลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระบบการดูแลในระดับมาก	

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้สูงอายุหญิง อายุ 72 ปีรับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2567 รวม 12 ครั้ง อาการสำคัญ 1 ปีก่อนมา อาการสำคัญ หลงลืมชื่อของแล้วหาไม่เจอ หูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคนเดียว ออกนอกบ้านกลับบ้านไม่ถูก ได้รับการวินิจฉัย Unspecified dementia รักษาแบบไม่ใช้ยา ไม่มีประวัติติดยา/สารเสพติด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้บางส่วน bADL=14/20 คะแนน iADL = 0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE = 2/30 คะแนน NPIQ = 6/12 คะแนน ไม่มีอาการผิดปกติจากโพแทสเซียมต่ำ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การการดูแลลดลง^{3,4}

จากกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้สูงอายุหญิง อายุ 76 ปีรับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รวม 12 ครั้ง อาการสำคัญ 3 ปีก่อนมา อาการสำคัญ หลงลืม นอนไม่หลับ จำสามี/ลูกหลานไม่ได้ นอกบ้านกลับบ้านไม่ถูก พูดเรื่อยเปื่อย ได้รับการวินิจฉัย Unspecified dementia รักษาแบบไม่ใช้ยา ไม่มีประวัติติดยา/สารเสพติด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตาม

กระบวนการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่าไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ bADL=10/20 คะแนน iADL = 0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE = 0/30 คะแนน NPIQ = 2/12 คะแนน ไม่มีอาการผิดปกติจากแมกนีเซียมในเลือดสูง ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การการดูแลลดลง^{3,4}

ปัญหาสุขภาพซับซ้อนร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้มีความยากลำบากในการดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุกๆด้านอย่างต่อเนื่องการจัดระบบบริการสุขภาพและพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิ เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงสมองเสื่อม และร่วมวางแผนการดูแลในระยะแรก จะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วย^{9,11}

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ได้ดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวให้ทันสมัย ทันต่อเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน และเข้าถึงปัญหาผู้ป่วยทุกมิติ และส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเสริมแรงให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีพลังในการปรับเปลี่ยนเทคนิคและรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพ พ.ศ.2564.นนทบุรี: บริษัท ฌจันตาครี เอชเอ็น จำกัด.
2. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). หลักสูตรการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (self Caring skills for Dementia patients with behaviorral and psychological problem).กรุงเทพฯทางหุ้นส่วนร่วมจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
3. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ,แสงเดือน กิ่งช้อยกลาง และนฤดิษฐ์ รอดปั้น.(2565). การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตึง จำกัด.
4. มุลินธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น.(2563). ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.
5. มุลินธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563). คู่มือโปรแกรม Thai-RDAD protocol ขอนแก่น: เพ็ญ พรินตึงจำกัด.