

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาดพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา
Nursing care for elderly dementia patients with behavioral and emotional problems and
dependency in the community: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

คมขำ วงลคร¹

Khomkham Wonglakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองเสื่อมและมีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในระบบการดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยผึ้ง โดยเก็บข้อมูลในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน พยาธิสภาพของโรค การประเมิน การสัมภาษณ์ การสังเกต การเยี่ยมบ้าน รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม แนวคิดในการปฏิบัติการในชุมชน ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชายอายุ 82 ปี ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและหลานสาว มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง เคลื่อนย้ายตนเองได้ หลงทางกลับบ้าน จำมือรับประทานอาหารเช้าไม่ได้ การนอนผิดปกติ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ALD = 7/20 คะแนน IADL = 0/8 คะแนน มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ญาติไม่เข้าใจภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย อายุ 75 ปี ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การเคลื่อนย้ายตนเองลำบาก เนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เฉยชาไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีปัญหาด้านการนอน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ALD = 6/20 คะแนน IADL = 0/8 คะแนน ญาติไม่เข้าใจภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: การพยาบาล ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงในชุมชน

Abstract

This study is a comparative case study of two elderly patients diagnosed with dementia and functional dependency under the care of Huai Phueng Hospital Community Health Center. Data were collected between 2024 and 2025 The researcher gathered data through medical records, disease pathology, assessments, interviews, observations, and home visits. The collected data were analyzed to establish nursing diagnoses, implement nursing interventions, and evaluate outcomes. This study integrated concepts of holistic nursing, community health practice, Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, and Gordon's Functional Health Patterns to provide comprehensive care for the patients.

Study Results: Patient 1 is an 82-year-old male. The primary caregivers are his daughter and granddaughter. He has comorbidities including hypertension. He can move by himself but gets lost on the way home, cannot remember meals, has abnormal sleep patterns, and is incontinent. Assessment of daily living activities: ADL = 7/20, IADL = 0/8. He exhibits inappropriate behavior and emotions, and his relatives do not understand his dementia. Patient 2 is a 75-year-old male. The primary caregiver is his daughter. He has underlying conditions including hypertension and hyperlipidemia. He has difficulty moving due to weakness in both legs, is indifferent and uninterested in his surroundings, is incontinent, and has sleep problems. Assessment of daily living activities: ADL = 6/20, IADL = 0/8. His relatives do not understand dementia.

Keywords: Nursing care, Dementia in the elderly, Community dependency

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยผึ้ง

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราการความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คำนวณตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมถึง 542,300 คนซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย¹

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อด้านการรู้คิดเท่านั้น แต่ปัญหาที่สำคัญและจัดการยากที่สุดคือ อาการทางจิตและพฤติกรรม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการก้าวร้าว หลงผิด ภาพหลอน และการสับสนในเวลากลางคืน ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 80-90 ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (กรมการแพทย์, 2566) อาการเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุรุนแรงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองและขาดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลในชุมชนต้องแบกรับภาระการดูแลที่หนักอึ้ง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ความไม่เข้าใจในตัวโรคของผู้ดูแลมักนำไปสู่สัมพันธภาพที่บกพร่อง การใช้ความรุนแรง หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมอาการของโรค ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงการดูแลทางกายภาพ แต่ต้องอาศัยกลไกการพยาบาลเชิงรุกในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดสะสมและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงสมรรถภาพการทากิจวัตรประจำวันไว้ได้นานที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของโรค²

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ถูกต้องเหมาะสม³ รวมถึงการมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับครอบครัว/

ผู้ดูแลเพื่อให้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ ข้อมูล วางแผนให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ADL โดยใช้แบบประเมิน ADL

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 82 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพทำนา ปัจจุบันเกษียณอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (Old cerebrovascular accident) ส่งผลให้เคยมีอาการอ่อนแรงด้านขวา ซึ่งปัจจุบันอาการอ่อนแรงดีขึ้นแล้ว ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและหลานสาวอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจุบัน ระยะเวลาหนึ่งก่อนมาโรงพยาบาล ครอบครัวเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความจำ โดยเฉพาะการถามซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม แม้จะได้รับคำตอบไปแล้วหลายครั้ง เมื่อผู้ป่วยถามบ่อยครั้ง บุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี และตำหนิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาละวาด และเกิดการทะเลาะกันภายในครอบครัวบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยมักกินอาหารคำใหญ่ รับประทานอย่างรวดเร็ว จนเกิดอาการสำลักเกือบทุกครั้ง และมีภาวะหลงลืมว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง เมื่อมีผู้อื่นถาม ผู้ป่วยมักตอบว่ายังไม่ได้กินอาหาร ทั้งที่เพิ่งรับประทานไปแล้ว แสดงถึงความบกพร่องของความจำระยะสั้นอย่างชัดเจน ในช่วงเวลากลางคืน ผู้ป่วยมีอาการตื่นขึ้นมากกลางดึก เปิดไฟตรวจดูรอบบ้าน ชักถามซ้ำ ๆ ว่ามีใครอยู่ในบ้านหรือไม่ มีใครบุกรุกเข้ามาหรือไม่ และถามว่าล็อกประตูหรือไขกุญแจแล้วหรือยัง ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อยครั้ง ร่วมกับอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โดยไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่น อาบน้ำเองได้ไม่สะอาด ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ต่อมาอาการทรุดลง ผู้ป่วยไม่ค่อยพูดคุยหรือสื่อสารกับคนรอบข้าง แยกตัว เฉยเมยต่อสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่นอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืน นอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ไม่ยอมลุกเดินหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ บุตรสาวต้องปลุกเรียกหลายครั้ง จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมที่เคยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง กลับไม่สามารถทำได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น การเดินลดลง ต้องได้รับการกระตุ้นและช่วยเหลือโดยใช้ walker อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักไม่ยอมใช้ walker อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการหกล้มบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไม่สามารถไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา จากประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิดหลายด้าน ได้แก่ ความจำระยะสั้น การรับรู้ การตัดสินใจ พฤติกรรม

และการทำกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับลักษณะของโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูง) ซึ่งส่งผลต่อการเสื่อมของสมองในลักษณะของ vascular dementia และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค Alzheimer ร่วมกับ vascular dementia

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 75 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพค้าขาย ปัจจุบันเกษียณอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด 5 คน โดยปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนที่ 3 ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประมาณ 2–3 ปีที่ผ่านมา ครอบครัวเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เดินลำบาก ต้องมีผู้ช่วยพยุงขณะเดิน ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา ส่งผลให้เกิด early incontinence-associated dermatitis (IAD) บริเวณรอบก้น และรอบทวารหนัก มีอาการด้านการรู้คิดที่ผิดปกติ ได้แก่ สับสนเรื่องวัน เวลา และสถานที่ มีปัญหาด้านความจำระยะสั้น ลืมชื่อสิ่งของ หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง บางครั้งนึกคำพูดไม่ออก (word-finding difficulty) อาการดังกล่าวค่อย ๆ ดำเนินไปอย่างช้า ๆ และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา ในช่วง 2–

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ครอบครัวสังเกตเห็นว่าอาการของผู้ป่วยแย่ลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์บางครั้ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน พบอาการเห็นภาพหลอน (visual hallucination) ตื่นขึ้นมากกลางดึก พุดคนเดียว และบอกว่าพบเห็นภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้วกลับมาอยู่ด้วย ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและสร้างความกังวลแก่ครอบครัวเป็นอย่างมาก การประเมินสภาพผู้ป่วยจากประวัติพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิดหลายด้าน ได้แก่ ความจำ การใช้ภาษา การรับรู้เวลา และสถานที่ รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน และมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป (progressive decline) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะสมองเสื่อม โดยไม่พบประวัติการดำเนินโรคแบบเฉียบพลันหรือเป็น ๆ หาย ๆ และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Dementia in Alzheimer’s disease

สรุปเปรียบเทียบกับวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และการพยาบาลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: การไม่ยอมใช้ Walker ทำให้ล้มซ้ำซาก S: เดินลำบากต้องพยุง O: ร่างกายชิวขาไม่สมบูรณ์</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย</p>	<p>1. การประเมินและวางแผนการพยาบาล ชักประวัติและตรวจร่างกายจากผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงและกำหนดแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</p> <p>2. การให้สุขศึกษาเฉพาะราย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>3. การส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่สื่อสารได้ สอนการบริหารกล้ามเนื้อขาและฝึกการทรงตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ช่วยทำกายบริหารอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงท่าทางและอารมณ์ของผู้ป่วย</p> <p>4. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ปรับสภาพบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีระดับต่าง และติดตั้งราวจับในจุดจำเป็น</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างเหมาะสม ประสานผู้เชี่ยวชาญในการเลือกอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือ Walker ให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วย กรณีใช้รถเข็น ควรป้องกันการลื่นไถลและใช้เข็มขัดพยุงเพื่อความปลอดภัย</p> <p>6. การส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองตามศักยภาพพร้อมให้กำลังใจ เพื่อคงสมรรถภาพร่างกาย</p> <p>7. การประสานทีมสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัครในชุมชน เพื่อการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม</p>
<p>2. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ถามซ้ำ สัมเหตุการณ์ปัจจุบัน ระวังคน บุกรุก O: มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก</p> <p>วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากคนรอบข้าง ได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการได้ 2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำวันได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน</p>	<p>1. การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (CGA) ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลัก Comprehensive Geriatric Assessment จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม</p> <p>2. การประเมินปัญหาการสื่อสาร วิเคราะห์สาเหตุและระดับความรุนแรงของปัญหาการสื่อสาร เพื่อกำหนดแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย</p> <p>3. การเตรียมความพร้อมก่อนการสื่อสาร กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน ควรจัดให้อุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตา หรือเครื่องช่วยฟัง ก่อนเริ่มการสื่อสาร</p> <p>4. การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนี้ - สื่อสารโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยและสบตา - ใช้คำพูดง่าย ชัดเจน พูดช้า กระชับ ไม่สื่อสารหลายประเด็นพร้อมกัน - ใช้น้ำเสียงสุภาพ อ่อนโยน แสดงความเคารพ และมีสีหน้าที่ท่าทางเหมาะสม - ให้เวลาในการสนทนา ไม่เร่งรีบหรือกดดันผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยคิดและตอบสนอง อาจทวนซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ - ใช้ประโยคเชิงเชิญชวนแทนคำสั่ง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีความเข้าใจตรงกัน</p>
<p>3. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน S: มีประวัติหกล้มบ่อยๆ O: กล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง O: นอนอยู่คนเดียวเป็นระยะเวลานาน ๆ</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ 2. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 3. ผู้ป่วยไม่มีข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ</p>	<p>1. การประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินจากการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย</p> <p>2. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล อธิบายผลกระทบของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง และกล้ามเนื้อลีบ เพื่อเพิ่มความตระหนักในการดูแล</p> <p>3. การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตามศักยภาพ โดยเริ่มจากการขยับข้อ การลงน้ำหนัก และการใช้งานกล้ามเนื้อแขนและขาอย่างเหมาะสม</p> <p>4. การส่งเสริมโภชนาการเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินดีสูง เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก และฟัน</p> <p>5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหว แนะนำการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือช่วยเคลื่อนที่ เช่น ไม้เท้า หรือรถเข็น ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการหกล้ม 2. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อฝ่อ</p>
<p>4. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมาะสม เนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ไม่นอนเลยทั้งวันทั้งคืน</p>	<p>1. การประเมินแบบแผนการนอนหลับ</p> <p>2. ประเมินช่วงเวลาและพฤติกรรมนอนของผู้ป่วยจากการซักถาม หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ให้เก็บข้อมูลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล</p> <p>3. การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการนอนหลับ</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>O: สับสนวันเวลา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเหมาะสม / นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอ เหมาะสม อย่างน้อย</p> <p>6-8 ชั่วโมง</p>	<p>4. ปรับห้องนอนให้บรรยากาศสงบ สีโทนอ่อน อากาศถ่ายเทดี และแสงสว่างไม่จ้าเกินไป</p> <p>5. การจัดกิจกรรมในเวลากลางวันส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสองเสื่อม เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง กล้ามเนื้อ และการใช้พลังงานของร่างกาย</p> <p>6. การสร้างกิจวัตรการนอนที่สม่ำเสมอ กำหนดเวลานอนให้เป็นกิจวัตร หากผู้ป่วยยังไม่ง่วง ให้เปลี่ยนบรรยากาศและทำกิจกรรมผ่อนคลาย ก่อนพาลับเข้าห้องนอน</p> <p>7. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก่อนนอน หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบและหลับง่ายขึ้น</p> <p>8. การดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ไม่ใช้การข่มขู่หรือบังคับให้นอน เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p> <p>9. การควบคุมอาหารและเครื่องดื่มก่อนนอน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ในช่วงบ่ายหรือก่อนนอน</p> <p>10. การจัดเวลาอาหารมื้อสุดท้ายหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มปริมาณมากก่อนนอนอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดความไม่สบายและการตื่นกลางคืน</p> <p>11. การปรับกิจกรรมกรณีนอนมากผิดปกติ หากผู้ป่วยนอนมากในเวลากลางวัน ควรเพิ่มกิจกรรมช่วงกลางวัน เพื่อช่วยปรับสมดุลการนอนในเวลากลางคืน</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย</p>
<p>5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเอง</p> <p>S: ไม่สามารถทำอาหารได้</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้ ไม่หลงทาง เป็นต้น</p> <p>2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่เกิดความบกพร่อง และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง</p>	<p>1. การประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม</p> <p>2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ความรู้ผู้ดูแลในการแยกระดับกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้เอง ทำได้บางส่วน และกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือทั้งหมด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแล</p> <p>3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. การสอนและสาธิตกิจกรรม อธิบายอุปกรณ์ สถานที่ และขั้นตอนการทำกิจกรรมอย่างเป็นลำดับ ใช้การสาธิตร่วมกับการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ทีละขั้นตอน ช้า ชัดเจน และทวนซ้ำ ตามความจำเป็น</p> <p>5. การจัดกิจวัตรเป็นแบบแผน จัดตารางกิจกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและไม่ซับซ้อน</p> <p>6. การส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ เพื่อคงสมรรถภาพและความสามารถที่มีอยู่</p> <p>7. การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ให้ความช่วยเหลือเฉพาะเมื่อจำเป็น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังสามารถทำได้ต่อเนื่อง</p> <p>8. การจัดเวลาในการทำกิจกรรม ให้เวลาผู้ป่วยทำกิจวัตรโดยไม่เร่งรัด หากผู้ป่วยรีบ ควรชะลอจังหวะเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มหรือการล้ม</p> <p>9. การจัดลำดับกิจกรรมประจำวัน จัดกิจกรรมให้เป็นลำดับและทำในเวลาเดิมทุกวัน เพื่อลดความสับสนและเสริมความคุ้นเคย</p> <p>10. การส่งเสริมการออกกำลังกาย สนับสนุนให้ญาติช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การยืดเหยียดแขนขา และการเดิน</p> <p>11. การประสานทีมสหวิชาชีพ ประสาน นักกายภาพบำบัด เพื่อแนะนำการทำกายภาพหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่บ้าน</p> <p>12. การสนับสนุนเครือข่ายครอบครัว แนะนำให้ผู้ดูแลประสานญาติคนอื่นร่วมดูแล และสามารถปรึกษาแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย</p> <p>13. การเสริมพลังผู้ดูแล ให้กำลังใจและสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>14. การติดตามประเมินผล ติดตามผลการดูแลโดยการโทรสอบถามอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดตามศักยภาพ และผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง
<p>6. ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่เข้าใจความหมายของพฤติกรรม อารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา</p> <p>O: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พูดคุย ในด้านต่างๆ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่มีในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายด้านครอบครัวของผู้ดูแล เป็นต้น 1.2 ข้อมูลทางด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น 1.3 ข้อมูลทางด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ เป็นต้น 1.4 ข้อมูลทางด้านสังคม เช่น ภาวะ ความรับผิดชอบที่ต้องดูแลทุกด้าน ความรู้ ทักษะในการดูแลสถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นต้น 2. การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น 3. แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง 4. ติดต่อกับทีมสหวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และอาสาสมัครนักรับปรึกษาท้องถิ่น เป็นต้น 5. ประเมินความรู้อย้อนกลับ หลังได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มรายละเอียดการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลยังบกพร่อง <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ครอบครัว และผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์</p>
<p>7. ผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ไม่สามารถจัดการกับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะของตนเองได้</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ 2. มีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะลดลง <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะที่วัดด้วยแบบประเมิน Zarit Caregiver Burden ลดลงมากกว่า 1 คะแนน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินภาระของผู้ดูแล ประเมินระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน <i>Zarit Caregiver Burden Screening Short Form</i> 2. การรับฟังและประเมินสภาพจิตใจผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสะท้อนความรู้สึกและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนทางการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อเสริมความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย 4. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ดูแล แนะนำการจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพกายใจ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5. การเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุน แนะนำการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดหรือกิจกรรมสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล รวมถึงให้ข้อมูลแหล่งบริการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ 6. การเข้าถึงข้อมูลและช่องทางช่วยเหลือ แนะนำแหล่งความรู้และช่องทางให้การปรึกษา เช่น กลุ่มไลน์ คลินิกผู้สูงอายุ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อเสริมทักษะและการขอความช่วยเหลือ <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. ระดับความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จากแบบประเมิน <i>Zarit Caregiver Burden</i> ลดลงมากกว่า 1 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับแนวทางการดูแลสมองเสื่อมแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดในการปฏิบัติการในชุมชนเป็นหลัก รายที่ 1 พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น BALDs จาก 7 เป็น 9/20 คะแนน IADL=0/8 คะแนน รายที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น BALDs จาก 6 เป็น 8 /20 คะแนน IADL=0/8 คะแนน ภายใต้การดูแลความถี่ของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมลดลง ด้านร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีความปลอดภัย ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวต่อผู้สูงอายุได้ ถูกต้องเหมาะสมตามบริบท ได้รับการช่วยเหลือด้านสังคมเศรษฐกิจ เกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้สูงอายุได้เข้ารับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ส่งผลให้ผู้สูงอายุและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{4,5}

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ข้อเสนอแนะทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และมีภาวะ

พึ่งพิงในชุมชน เน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ป่วย-ผู้ดูแล-สิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. การจัดการด้านพฤติกรรมและจิตสังคม (Behavioral and Psychosocial Intervention) การปรับการสื่อสาร ให้ผู้ดูแลใช้หลัก "สั้น ง่าย ชัดเจน" หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือใช้เหตุผลหักล้างความเชื่อผิดๆ ของผู้ป่วย (เช่น กรณีถามซ้ำเรื่องกินข้าว หรือเห็นภาพหลอน) แต่ให้ใช้การ "เบี่ยงเบนความสนใจ" (Distraction) ไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบแทน

2. การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประเมินความปลอดภัยในบ้าน เช่น ติดราวจับในห้องน้ำ เปลี่ยนพื้นผิวที่ไม่ลื่น และแนะนำการใช้ Walker ที่ถูกต้องสำหรับรายที่ 1 แม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธพยาบาลชุมชนอาจต้องใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมหรือจัดหาสิ่งช่วยเดินที่ผู้ป่วยยอมรับได้ง่ายขึ้น

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) การจัดการความเครียด พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าและความเครียดของผู้ดูแลเป็นระยะ จัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ในชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4. การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน (Dementia-Friendly Environment) การทำป้ายสัญลักษณ์ ติดป้ายรูปภาพ (เช่น รูปโลโก้ห้องน้ำ) เพื่อช่วยเรื่องการรับรู้สถานที่

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2567). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long-term care). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2565). คู่มือการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับครอบครัว. กรุงเทพฯ: พรินท์ทิว.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. ธนาเพลส.
4. กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อม (Revised Edition). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. World Health Organization. (2023). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization.