

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา พ.ศ.2564

(Received: December 28,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ประวีณา ศรีบุตรดี¹

Praweena Sributdee¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) ได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีร่วมกับการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย(Thai-RDAD protocol)ภายใต้โครงการวิจัยการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ มี 13 ครั้ง ทำภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ 2 สิงหาคม – 11 ตุลาคม 2564 โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกัน ประกอบด้วยผู้จัดการดูแล= Care manager : CM ,ผู้ให้การดูแล=Care giver : CG,ผู้ดูแลที่บ้าน =Family caregiver :FCG สัปดาห์ที่ 1-4 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5-12 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความจำที่ดี รอคอยนัดหมาย ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมทางกาย มีความสุขที่ได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสุขกับกิจกรรมร้องรำทำเพลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขและผ่อนคลายความเครียดได้ดี
คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ABSTRACT

This case study is a study of nursing care in elderly patients with dementia. Appropriate physical activity for the elderly with dementia through the Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) program provided nursing theory with application. Physical Activity Program (Thai-RDAD protocol) under the research project Collaboration for the care of dementia patients in the elderly (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM). The program for this patient has 13 sessions done within a period of 12 The following week, starting from August 2 – October 11, 2021, by the operators of the activities in the program together. Consists of care manager = Care manager : CM , Caregiver =Care giver : CG, home caregiver =Family caregiver :FCG Week 1-4 give the program twice a week Week 5-12 give the program once a week.

The study found that Patients have good memory, wait for appointments, cooperate with physical activities. Happy to meet a multidisciplinary team. Happy with singing and dancing activities Patients and caregivers are happy and stress relieved.

Keywords: elderly patients with dementia

¹ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)^{1,2} เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease: AD) สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia: VaD) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease Dementia: PDD) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนขมับฝ่อ (Fronto-Temporal Lobe Degeneration: FTL D) เป็นต้น ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลากหลายกลุ่มอาการ เช่น เฉยเมย ไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) วิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) หลงผิด (delusion) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โหมโห่ร้ายอาละวาด (aggression) ภาวะเคลิ้มสุข หรืออาการเบิกบานใจจนผิดปกติ (euphoria) อาการประสาทหลอน (hallucination) ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) วงจรการนอนผิดปกติ (sleep cycle abnormalities) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมาย หลากหลายปัญหา แต่ละปัญหามีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การพยากรณ์ของการรักษาไม่ดี เช่น มีกระบวนการ

คิด สติปัญญาถดถอยลง (cognitive decline) มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (illness progression) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ถดถอยลง เพิ่มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในสถานพักฟื้นระยะยาว ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วย^{3,4,5,6} จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ ความรู้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค ทักษะในการดูแลและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย^{7,8,9}

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ถูกต้องเหมาะสม^{7,8} รวมถึงการมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อให้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่

เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วย
โปรแกรม Reducing Disability in
Alzheimer (RDAD)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 92 ปี ระดับ
การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส
หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นผู้ป่วยในชุมชน
มาด้วยอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ จำ
ลูกหลานไม่ได้ ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก
ชอบหมาข้าว เปิดน้ำทิ้งไว้ลืมปิด เป็นมา
ประมาณ 3 ปี 1 ปีก่อน มีอาการหลงลืมมากขึ้น
คิดช้า ทำอะไรช้า นั่งนิ่ง นั่งเหม่อ ถ้าวการอยู่
บ้านคนเดียว คุยด้วย ถาม จะตอบช้า มองหน้า
ต้องถามซ้ำ จำชื่อลูกหลานที่อยู่ไกลๆ ไม่ได้ จำ
ได้คนที่อยู่ใกล้เห็นหน้าบ่อยๆ ชอบแซ่ข้าว(หมา
ข้าว) ชอบจุดไฟจะนั่งข้าว บอกไม่ให้ทำก็จะทำ
ไปหามาทำ ลูกสาวต้องเลี้ยงข้าว เลี้ยงพิน เลี้ยง
ไม้ขีด ชอบขอเงินจากทุกคน ได้ยินเสียงกลอง
เสียงดนตรีก็ได้ จะไปขอเงิน ลูกก็อายเพื่อน
บ้านที่แม่ชอบขอเงิน ช้อนของ ช้อนอาหาร
แล้วหาไม่พบ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทุก
อย่าง แต่ต้องบอกให้ไปทำและเตรียมบางอย่าง
ให้ เช่นเสื้อผ้า โดยมีลูกสาวคอยช่วยเหลือ
ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจ รู้สึกอับอาย เครียด รู้สึก
น้อยใจในชะตาชีวิตตนเองที่แม่เป็นแบบนี้
ผู้ป่วยชอบออกบ้านไปร้านค้าซื้อไม้ขีดไฟ แล้ว
กลับบ้านไม่ถูก ต้องให้คนมาส่ง 2 ครั้ง/เดือน
ชอบทะเลาะกับลูกสาว บ่นพึมพำคนเดียว
หงุดหงิดให้ลูกสาว กินอาหารแล้วก็บอกยังไม่
กิน จำอาหารที่กินไม่ได้

สัญญาณชีพแรกรับ

อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส
อัตราการเต้นชีพจร 80ครั้ง/นาที จังหวะการ
เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 114/63 มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนัก 38 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร
BMI 18.32 (ปกติ)

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือ IQCODE= 4.375 (ผลบวก)
TMSE = 12 (ผลบวก) NPI = 11 (ผลบวก)
ADL = 11 (กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
และมีภาวะสมองเสื่อม ประเมิน 9 Q ประเมิน
ไม่ได้

พฤติกรรมที่ผิดปกติ

ย้าคิดย้าทำ “หมาข้าวทั้งวัน” กินแล้วบอก
ไม่ได้กิน ชอบออกจากบ้านไปซื้อของ หลงทางกลับ
บ้านไม่ถูก ประมาณ 2 ครั้ง/เดือน ทำกิจวัตรประจำวัน
ด้วยตัวเองได้แต่ต้องมีคนเตือน กระตุ้นและคอย
ช่วยเหลือ ชอบขอเงินชอบทะเลาะกับลูกสาว
หงุดหงิด พูดบ่นคนเดียว ชอบเปิดน้ำทิ้งไว้ ถ้าวการ
อยู่คนเดียว ช้อนของ ช้อนอาหาร หาไม่เจอ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN =40mg%
Creatinin = 2.07mg% eGFR = 20.92 มีภาวะการ
ทำงานของไตผิดปกติและมีภาวะไตวายระดับ 4

การวินิจฉัยโรค E112 Non-insulin-
dependent diabetes mellitus - NIDDM With
renal complications c dementia

การรักษาที่ได้รับ

Folic acid 5 mg 1xO pc

Simvastatin 20 mg 1xOhs

Sodamint 300 mg 1x2Opc

Mixtrad 30/70 100 iu/ml ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง
4 ยูนิตก่อนอาหารเช้า

Calcium carbonate 1000 mg 1เม็ดพร้อม
อาหารเช้า

Ferous fumarate 200mg 1x2Opc

การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๑. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน S : เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร S : ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเองต้องมีคนช่วยกระตุ้น S : ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ที่ใช้เป็นประจำไม่ได้ O : ไม่สามารถไปจ่ายตลาด/ไม่สามารถทำอาหารได้/ไม่สามารถใช้จ่ายเงินได้ วัตถุประสงค์ 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด/นานที่สุด เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้ไม่หลงทางเป็นต้น 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่เกิดความบกพร่อง และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง	1. ประเมินผู้ป่วย จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. สอนหลักการสำคัญ คือ กิจกรรมใดผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน ผู้ดูแลไม่ต้องทำให้ทั้งหมด และอะไรเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆเองได้ และผลที่เกิดขึ้นจากการให้ผู้ป่วยทำโดยลำพัง เช่น กินยาผิด อาบน้ำไม่สะอาด ไม่แปรงฟัน เป็นต้น 3. ให้คำแนะนำ และสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง 4. ช่วยอธิบายอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมถึงบริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยที่ละเอียด อย่างเป็นขั้นตอน อธิบายขั้นตอนกิจกรรมนั้นๆ ร่วมกับการสาธิตให้ผู้ป่วยทำตามทีละขั้นตอน อย่างช้า และอาจต้องพูดซ้ำๆ บ่อยๆ เพราะผู้ป่วยบางรายจะลืมทันทีแม้ว่าเพิ่งพูดไปไม่กี่วินาทีก็ตาม 5. จัดตารางเวลากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเป็นแบบแผนควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับกำหนดเวลา ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคย และสะดวก ไม่สลับซับซ้อน 6. ส่งเสริมการดูแลโดยกระตุ้นความสามารถของผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ประกอบกิจวัตรประจำวัน คงสมรรถนะ และความสามารถที่มีอยู่ ประคับประคองให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ยังทำได้ให้ได้มากที่สุด และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การเดิน การเคลื่อนไหวตลอดจนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 7. ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากกิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังทำได้ให้กระตุ้นให้ทำต่อไปโดยไม่ห้าม แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยทำไม่ได้ไม่สมารถให้เข้าไปช่วยเหลือบางส่วน โดยไม่ทำให้ทั้งหมด เพื่อให้คงความสามารถและกระตุ้นความสามารถไปพร้อมกัน แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เลยหรือทำแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น จัดยาและรับประทานยาผิด เป็นต้น ให้ผู้ดูแลเข้ามาทำให้แทนได้ 8. ให้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่เร่งรัด หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการต้องรีบทำ แต่หากผู้ป่วยรีบทำก็พยายามพูดให้ช้าลง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หกล้ม สำลักอาหาร เป็นต้น 9. จัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย และทำให้เป็นตารางเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน เพื่อลดความสับสนและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและจำได้ 10. นำญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกายในส่วนของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การยืดเหยียดแขนขา การเดิน เป็นต้น หรือ ให้ญาติช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยบนเตียงนอน โดยเน้นกล้ามเนื้อใหญ่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเอง เพราะการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย มีผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น 11. ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้านและนัดทำกิจกรรมบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู 12. แนะนำให้ผู้ดูแลติดต่อกับญาติคนอื่นๆ เพื่อร่วมด้วยช่วยกันดูแล และหากมีข้อสงสัยสามารถโทรปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ให้การรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ได้เช่นกัน 13. ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังอำนาจทางบวก ให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายกดดันทางจิตใจ 14. ติดตามประเมินการสอนโดยโทรสอบถามอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วย การประเมินผลการพยาบาล 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้, ไม่หลงทาง, ไม่เปิดน้ำไว้, ไม่ห่มข้าว เป็นต้น 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บ้างแต่ญาติต้องกระตุ้นและคอยช่วยเหลือและผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ มีพฤติกรรมซ้ำๆ (Compulsive behavior) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบเปิดน้ำทิ้งไว้ลืมปิด ชอบห่มข้าว ชอบขอเงิน ชอบซ่อนข้าวของ O : ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม บอกอยากห่มข้าว กลัวลูกไม่มีข้าวกิน หวงของ ซ่อนของโดยเฉพาะเงิน วัตถุประสงค์ เพื่อลดการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เปิดน้ำทิ้งไว้ 2. ไม่ห่มข้าว 3. ไม่ซ่อนของ	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้คลายความกังวลและลดความเครียด 2. ทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทำพฤติกรรมซ้ำๆ นั้น 3. อุดหนุน ไม่บ่น ไม่ด่า ไม่ได้เถียง ไม่ตำหนิผู้ป่วย หากพฤติกรรมนั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหา 4. เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนพูดคุยถึงเรื่องราวและความภาคภูมิใจในอดีต พาออกกำลังกาย หรือพาทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและมีความสุขเช่น ฟังเพลง ฯลฯ 5. ใช้สิ่งของที่ใช้เตือนความจำ เช่น การเขียนโน้ต นาฬิกา ปฏิทินช่วยเตือนความจำ ภาพเก่าๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย 6. เปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ โดยจัดหากิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์ เช่น กระตุ้นให้ฟังธรรมะ ฟังเพลง การทำกิจกรรมทางกายตามโปรแกรม RDAD 13 ครั้ง ใน 12 สัปดาห์ การประเมินผลการพยาบาล 1. ประเมินผลตามโปรแกรม RDAD วันที่ 11 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยไม่เปิดน้ำทิ้งไว้ ยังซ่อนของ หวงของ ถ้ามีใครให้เงินก็จะยิ้มแย้ม ยังขอเงินอยู่ 2. แนะนำญาติให้พาทำกิจกรรมทางกายต่อเนื่อง เพื่อคลายความเครียดและเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ Care giver เข้าไปร่วมทำกิจกรรม ตาม Care plan ในโครงการ Long term care
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ขาดแรงจูงใจ (Apathy) ในการทำกิจกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมย ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบอยู่คนเดียว นั่งแหว่งเท้า เฉยเมย ไม่สนใจร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว O : สีหน้าเรียบเฉย ชอบนั่งอยู่คนเดียว วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล 1. ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ	1. ให้ความรู้ญาติถึงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม RDAD กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การพาทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและมีความสุข เช่น ผู้ป่วยชอบเต้นเพลงคองก้า เปิดเพลงให้ฟัง ทำงานฝีมือที่เคยทำ เช่น การทอผ้า ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านหรือการทำครัว เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่เหงา 2. พาทำกิจกรรมบำบัด Reminiscence therapy การระลึกความหลัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุมีกำลังใจหรือมุมมองต่อตนเองที่ดีขึ้น โดยเลือกให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องด้วยภาพถ่ายเหตุการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ให้บอกความหมายของเหตุการณ์ ใครทำอะไร ที่ไหน เกิดอะไรในภาพ ความรู้สึก ความภาคภูมิใจเกี่ยวกับภาพนั้น และการบอกเล่าประสบการณ์โดยตั้งหัวข้อให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ขณะระลึกความหลัง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดีคอย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. พูดคุยหยอกล้อกับลูกหลาน 3. ทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกับลูกหลาน 4. มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส	สังเกต มีความอดทน สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุ และช่วยผู้สูงอายุปรับมุมมองใหม่ เพื่อส่งเสริมให้การระลึกความหลังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง 3. กระตุ้นการรับรู้ (Sensory stimulation) โดยให้อ่านหนังสือพิมพ์ และให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับเนื้อหาในหนังสือพิมพ์ หรือกระตุ้นการรับรู้ด้วยเครื่องปรุงในครัว เช่น ผักชีฝรั่งที่ใช้ทำอาหาร, ใบมะกรูด, ขมิ้น ฯลฯ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ กลิ่น ลักษณะการใช้ปรุงอาหาร รสชาติ เพื่อเป็นการกระตุ้นการรับรู้ 4. แนะนำให้ลูกหลานหมั่นพูดคุย หยอกล้อ พาทำกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสโอบกอด พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเหงา การประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยชอบเพลงคองก้า จะโยกตัวตามเพลงอย่างมีความสุข 2. ส่วนใหญ่ลูกหลานก็จะต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย ไม่ค่อยคุยกับลูกสาว ต้องให้คำแนะนำกับลูกสาวให้พูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วยสัมผัสโอบกอดผู้ป่วยบ่อยๆ 3. ผู้ป่วยชอบช่วยลูกทำครัวปรุงอาหาร โดยลูกต้องคอยกระตุ้นให้ทำ 4. ขณะร่วมทำกิจกรรมสีหน้าผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน S : ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืม พูดซ้ำ ถ้ามซ้ำ ลืม สิ่งของบ่อยๆ เป็น S : ชอบนั่งแกล้งทำคนเดียว ไม่พูดคุยกับใคร O : มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อ คนที่คุ้นเคยไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากครอบครัวได้ถูกต้อง เหมาะสมตามความต้องการได้ 2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำวันได้ เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับ ผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. ประเมินปัญหาการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อที่จะจัดระดับปัญหาและหาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม 3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ควรให้ผู้ป่วยใส่แว่นตาและเครื่องช่วยฟังให้เรียบร้อยก่อนเริ่มการสนทนา 4. เทคนิคการสื่อสารที่ดี ได้แก่ - พูดกับผู้ป่วยหันหน้าตรง สบตาขณะสื่อสารกับผู้ป่วย - โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พูดซ้ำๆ สั้นๆ อย่าพูดหลายชั้นตอนพร้อมๆ กัน - มีการใช้น้ำเสียงอ่อนโยน แสดงถึงความเคารพ แสดงออกทางสีหน้าอย่างเหมาะสม - ให้ความสนใจในการสนทนา ไม่เร่งรีบ ไม่เร่งรัดกับผู้ป่วย - ปล่อยให้ผู้ป่วยนึกคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ - หากต้องการให้ผู้ผู้ป่วยทำสิ่งใด พยายามไม่ใช่ประโยคคำสั่ง ใช้ประโยคเชิญชวนแทน การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับลูกหลานได้บางเรื่องบางคำ บางครั้งก็พูดคนละเรื่อง หลงลืม จำคำพูด จำเรื่องที่พูดไม่ได้ แต่ผู้ป่วยชอบให้มีคนมาพูดคุยด้วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน S : มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติไป : เคยหกล้มเมื่อ 4 เดือนที่แล้ว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับการซักประวัติข้อมูลจากผู้ดูแล ผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ Comprehensive Geriatric Assessment: CGA ได้แก่ 1.1 การประเมินทางกาย (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว อาการประวัติปัจจุบัน โรคประจำตัว การรักษาที่กำลัง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
: มีอาการเวียนศีรษะบางครั้งขณะลุกเดิน ○ : กล้ามเนื้อแขนขาทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อน้อย : การทรงตัวผิดปกติ เดินหลังค่อมเล็กน้อย : Muscle strengre grade 4 เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน 6 เดือน	ได้รับอยู่ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิมที่เจ็บป่วยอยู่ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการที่พบ บ่อในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) 1.2 การประเมินทางสมองและจิตใจ (psychological and mental assessment) ได้แก่ การประเมินด้านอารมณ์ จิตประสาท กระบวนการคิด การรู้คิด สติปัญญา ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า การประเมินทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environment assesment) ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย ความเสี่ยง การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ ครอบครัวผู้ดูแล สัมพันธภาพ ฐานะการเงิน สิทธิการรักษา 1.3 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (functional assessment) ได้แก่ การประเมินความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวันในระดับพื้นฐาน (basic activity of daily living) ขั้นสูง (instrumental activity of daily living) เพื่อสรุปปัญหาและวางแผนการพยาบาล 2. ให้ความรู้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณีนี้ที่ประเมินจากข้อ 1 และพบว่าผู้ป่วยยังสามารถคิดตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองได้ในบางจุด รวมถึงให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3. แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อช่วยในการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย (resistance exercise) เมื่อผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น จะช่วยให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ลดโอกาสบาดเจ็บและอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มต่างๆ ได้ 4. แนะนำให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น ให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ มีราวจับที่ในห้องน้ำ เป็นต้น 5. ในกรณีที่ผู้ป่วยออกนอกสถานที่ ให้ประเมินความสามารถ ในการเดินของผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walking aids, gait aids) หรือไม่ เช่น ไม้เท้า 1 ขา (standard cane) ไม้เท้า 3 ขา (tripod cane) ไม้เท้า 4 ขา (quard cane) หรือเครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรศึกษาข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าว ก่อนนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถจำขั้นตอนในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าวได้ ให้ผู้ดูแลเ้าเตือนวิธีการใช้ที่ถูกต้องบ่อยๆ ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างระมัดระวัง ติดตามประคองเป็นระยะ เมื่อต้องเคลื่อนที่ระยะไกล กรณีที่ใช้รถเข็น (wheel chair)ต้องระมัดระวังการเลื่อนตัว ไถลตัวตกรถเข็น ควรมีผ้าหรือเข็มขัดช่วยรัดประคองด้วย 6. หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวัน บางส่วน สามารถให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนได้ แต่ไม่ควรทำทั้งหมด ต้องให้เวลาให้กับผู้ป่วย และเน้นย้ำให้พยายามช่วยเหลือตนเอง ออกกำลังกายด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยายามให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจทางบวก ส่งเสริมการออกกำลังกายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น ในการช่วยเหลือติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการพยาบาล ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ 13 ครั้งที่ดูแล ผู้ป่วยยังไม่ทกลับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบออกไปซื้อของแล้วกลับบ้านไม่ถูกความถี่ 2 ครั้ง/เดือน เพื่อนบ้านต้องนำส่งบ้าน O : ขณะพูดคุยผู้ป่วยบอกจะออกไปร้านค้าเพื่อซื้อของวัตถุดิบปรุงรส เพื่อลดจำนวนครั้งของการออกจากบ้านไปคนเดียว เกณฑ์การประเมินผล 1. ลดจำนวนครั้งในการออกจากบ้านคนเดียวเหลือเดือนละ 1 ครั้ง หรือไม่ออกจากบ้านคนเดียวเลย 2. ออกนอกบ้านโดยมีลูกหลานพาไป 3. มีเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ดูแลติดต่อตัวผู้ป่วย	1. หาสาเหตุที่ผู้ป่วยสับสนว่าเป็นการเดินออกไปอย่างไรจุดหมาย หรืออยากหนีจากที่อยู่ หรืออยากออกไปทำกิจกรรมอื่น หรืออาจเป็นผลของการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด ซึมเศร้า ผลที่ตามมาคือหลงทาง กลับบ้านไม่ถูก และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ถ้าผู้ป่วยยังเข้าใจ อธิบายให้เกิดความมั่นใจเพื่อลดความกลัว 2. ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีต เช่น จัดสวน ปลูกผักสวนครัว ทำรั้วรอบขอบชิด อาจติดกล้องวงจรปิด จัดญาติให้สลับอยู่ดูแลหากผู้ดูแลหลักไม่อยู่ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย 3. หากิจกรรมที่ชอบหรือพึงพอใจให้ทำ เช่น การฟังธรรมะ การทำงานฝีมือ การปลูกผัก ปลูกต้นไม้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน 4. พาผู้ป่วยออกนอกบ้านไปทำกิจกรรม เช่น ไปตลาด ไปเล่นกับเพื่อนบ้าน ไปวัด ทำบุญ ไปเที่ยว เป็นต้น 5. แจ้งให้เพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันให้ทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม เพื่อจะได้คอยสอดส่องดูแล หรือนำส่งบ้านหากผู้ป่วยหนีออกจากบ้านคนเดียว ป้องกันการหายโดยติดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลไว้ในเสื้อ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบ หากสูญหายจะได้้นำส่งกลับบ้านได้ถูกต้อง 6. ผู้ดูแลจดบันทึกจำนวนครั้งของการหนีออกจากบ้าน วัน เวลา ที่หายออกไป เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนการแก้ไขปัญหานี้ การประเมินผลการพยาบาล 1. ในช่วงเวลาที่ดูแลด้วยโปรแกรม RDAD ผู้ป่วยยังไม่หนีออกจากบ้าน 2. ลูกสาวพาไปทำบุญประจำปีที่วัด 1 ครั้ง 3. ลูกสาวปักเบอร์โทรติดต่อไว้ที่เสื้อผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน S : ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ ได้รับอาหารน้อยกว่าความต้องการ S : มีอาการหลงลืม มีพฤติกรรมทำอะไรซ้ำ เช่น กินซ้ำ ความอยากอาหารลดลง จำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้ว O : มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร O : ความสามารถในการเคี้ยวกลืนและการย่อยอาหารลดลง สูญเสียการรับรส น้ำลายในปากน้อย O : ครอบครัวยุคใหม่ ขาดความรู้ในการจัดการอาหาร	1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย จากค่าBMI 3. แนะนำอาหารที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน โดยเน้นอาหารที่ให้พลังงานสูง และสารอาหารครบถ้วน มีโปรตีน แร่ธาตุ และวิตามิน เพียงพอในแต่ละวัน เน้นผักผลไม้ และควรเพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ หรือ ให้ทุกครั้ง เมื่อสังเกตพบว่าผู้ป่วยสนใจอยากรับประทาน หรือ มีความกระตือรือร้นในการรับประทานอาหารมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา และหลีกเลี่ยงการบังคับ บังคับให้รับประทาน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หรือ อาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ ตามมาได้ ให้ใช้เทคนิคการดึงความสนใจในเมนูอาหาร การทำอาหารเพิ่มสีสันอาหารสดใสน่ารับประทาน จัดให้รับประทานร่วมกับครอบครัว บุคคลที่คุ้นเคย เพื่อส่งเสริมให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขาดเทคนิคในการแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหาร ที่เหมาะสมกับ ความต้องการของร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1. BMI อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม (18.5 – 22.9) 2. สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นได้ตามปกติ 3. ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจในหลักการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 4. เมื่อต้องการความช่วยเหลือมีแหล่งสนับสนุนในการร่วมดูแล	เกิดการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองให้มากที่สุด และหากผู้ป่วยยังสามารถประกอบอาหารเองได้บางส่วนแนะนำให้ผู้ป่วยทำเองในส่วนที่ทำได้ เพื่อคงความสามารถเดิมของผู้ป่วย แต่หากพบว่ามีความบกพร่องในบางส่วน ให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือในส่วนที่บกพร่อง ส่วนที่ยังสามารถปฏิบัติได้ ยังคงให้ปฏิบัติเองให้นานที่สุด 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกเมนูอาหารที่ชอบ และถ้าเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการทำอาหาร เช่น ไปเลือกซื้ออาหาร ปรุงอาหาร จัดเตรียมโต๊ะอาหารด้วยกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการมีกิจวัตรประจำวันและยังเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองด้วย 6. ติดตาม BMI เป็นระยะๆ และส่งปรึกษานักโภชนาบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยละเอียด การประเมินผล 1. BMI อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม 18.32 2. รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ค่อยมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร กินแล้วบอกลำบาก 3. ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ค่อยมีเวลาร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเหงา 4. เมื่อต้องการความช่วยเหลือมีแหล่งสนับสนุนในการร่วมดูแล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ข้อมูลสนับสนุน S: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่เข้าใจความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา S : ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย O : ผู้ดูแลมักจะทะเลาะขัดแย้งกับผู้ป่วย วัตถุประสงค์ 1. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์	1. ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พูดคุย ในด้านต่างๆ ได้แก่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่มีในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ 1.2 ข้อมูลทางด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น 1.3 ข้อมูลทางด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึกกดดัน เป็นภาวะ เป็นต้น 1.4 ข้อมูลทางด้านสังคม เช่น ภาระ ความรับผิดชอบที่ต้องดูแลทุกด้าน ความรู้ทักษะในการดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นต้น 2. การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนการฝึกผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น 3. แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง 4. ติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ประเมินความรู้ย้อนกลับ หลังได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มรายละเอียดการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลยังบกพร่อง การประเมินผลการพยาบาล ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

สรุปกรณีศึกษา

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีร่วมกับการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการทำการกิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) ภายใต้โครงการวิจัย การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ มี 13 ครั้ง ทำภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ 2 สิงหาคม – 11 ตุลาคม 2564 โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกัน ประกอบด้วยผู้จัดการดูแล = Care manager : CM ,ผู้ให้การดูแล = Care giver : CG, ผู้ดูแลที่บ้าน = Family caregiver : FCG สัปดาห์ที่ 1-4 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5-12 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เป็นการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี คงสภาพความเสื่อมของสมองไว้ให้นานที่สุด ชะลอความเสื่อมของสมอง และเพื่อช่วยคลายความเครียดของผู้ดูแล ในช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีความจำที่ดี รอคอยนัดหมาย ให้ความร่วมมือทำการกิจกรรมทางกาย มีความสุขที่ได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสุขกับกิจกรรมร้องรำทำเพลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขและผ่อนคลายความเครียดได้ดี

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จะมีอาการแสดงที่

แตกต่างตามพื้นฐานลักษณะเดิมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การยอมรับแบบแผนการการดำเนินไปของโรคอาการที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถจัดการการดูแล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ในการจัดการอาการที่เหมาะสม และถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ อาจไม่สามารถหายไปได้ เนื่องจากจากตัวโรคของคนผู้สูงอายุ แต่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดปัญหาที่อาจเกิดตามมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม กระตุ้นความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยชะลอการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลไม่เกิดความตึงเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้^{10,11,12}

อภิปรายผล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จะมีอาการแสดงที่แตกต่างตามพื้นฐานลักษณะเดิมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การยอมรับแบบแผนการการดำเนินไปของโรค อาการที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถจัดการการดูแล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้

เทคนิควิธีการต่างๆ ในการจัดการอาการที่เหมาะสม และถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ อาจไม่สามารถหายไปได้เนื่องจากตัวโรคของคนไข้ แต่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดปัญหาที่อาจเกิดตามมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม กระตุ้นความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยชะลอการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลไม่เกิดความตึงเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้^{13,14,15,16}

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) สำหรับผู้สูงอายุที่

เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้สูงอายุอื่นหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน เช่น บุคคลที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ กลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน/ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

3. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย(Thai-RDAD protocol) ให้ภาคีเครือข่าย /ประชาชนทั่วไปมีความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผล เพื่อนำไปใช้ให้เกิดความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น.(2563).ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
2. ศิราณี ศรีหาภาค และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.(2565.สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
3. ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลภฤทธิ.(2564).ภาวะสมองเสื่อม.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2562).แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ.นนทบุรี:อิส ออกัส จำกัด.
5. สุทธิศา ปิตินาณ.(2562).คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์.โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
<https://hdmall.co.th/pharmacies-chat/drug-simvastatin>
6. มุลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น.(2563).คู่มือโปรแกรมThai-RDAD protocol.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส.
8. ญาณิศา ดวงเดือน.(2562).พยาบาลกับการส่งเสริมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุNurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults.กรุงเทพฯ:สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.
9. อาทิตยา สุวรรณ.(2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมRole of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.

10. นิพพาภัทร์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
11. นภาพร เพ็งสอน.(2561).คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพฯ:โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. นิพพาภัทร์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
13. ปิติพร สิริทิพากร.(2564).กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: แผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมA Case Study: Holistic nursing care plans for dementia.กรุงเทพฯ: โครงการตำราคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .
14. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ.(2561).แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
15. พิศมัย วรรณขาม ,สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา .(2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
16. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ , แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง และ นฤบดีนทร์ รอดปั้น.(2565).การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์จำกัด.