

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน :
กรณีศึกษาเปรียบเทียบการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

วรุณี บุญมาเวียง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลเวียงเก่า

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย พบความชุกประมาณร้อยละ 8-10 ในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรสูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการ และศักยภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อมรายกรณีตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และพัฒนาแนวทางการพยาบาลรายบุคคลที่สอดคล้องกับผลการประเมิน ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพพร้อม และบทบาทของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ในเขตบริการของโรงพยาบาลเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียน แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) แบบประเมินอาการทางพฤติกรรม การสังเกต และการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ข้อมูลวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยจัดกลุ่มตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง ได้รับยา Donepezil และ Quetiapine ร่วมกับกิจกรรมกระตุ้นสมอง ภายหลังจากดูแล 3 เดือน คะแนน TMSE เพิ่มขึ้นจาก 15 เป็น 18 คะแนน อาการหลงลืมและพฤติกรรมผิดปกติลดลง การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงและมีโรคร่วมหลายโรค ไม่ได้รับยารักษาภาวะสมองเสื่อม การดูแลเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหลืออยู่และการสนับสนุนผู้ดูแล ผลติดตาม 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่พฤติกรรมสงบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใหม่ ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

สรุปผล: การประเมินตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนช่วยระบุปัญหา ความต้องการ และศักยภาพเฉพาะรายของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยระยะปานกลางมีพัฒนาการด้านการรับรู้ พฤติกรรม และการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นจากการดูแลแบบผสมผสาน ขณะที่ผู้ป่วยระยะรุนแรงมีอาการคงที่และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลงจากการดูแลแบบไม่ใช้ยา การปรับสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษายืนยันว่าการประเมินเชิงองค์รวมร่วมกับการออกแบบการพยาบาลรายบุคคลตามระดับความรุนแรงของโรคและบริบทของผู้ดูแล สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม; การพยาบาลผู้สูงอายุ; แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน; การดูแลแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา; กรณีศึกษา

**Title: Nursing Care for the Elderly with Dementia in the Community: A Case Study
of Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment**

Warunee Bunmavieng

Professional Nurse, Advanced Level

Primary and Holistic Care Service Unit

Wiang Kao Hospital, Khon Kaen, Thailand

Abstract

Background: Dementia is a major public health issue in Thailand. Approximately 8–10% of the older adults are affected, and the prevalence tends to increase by the number of an aging population. The condition negatively impacts patients' quality of life, their families, and the healthcare system, especially in rural areas.

Objectives: To assess the health problems, needs, and capacities of older adults with dementia based on Gordon's 11 Functional Health Patterns, and to develop individualized nursing care strategies that are consistent with the assessment findings, the severity of dementia, comorbidities, and caregiver roles.

Methods: A purposive descriptive case study was conducted with two older adults in the service area of Wiang Kao Hospital, Khon Kaen Province, from May to July 2025. Data were collected from the medical records, cognitive function assessments, Activities of Daily Living (ADL/IADL) evaluations, behavior assessments, direct observation, and caregiver interviews. Descriptive analysis was performed based on to Gordon's 11 Functional Health Patterns.

Results: Patient 1 was in a moderate-stage dementia and received pharmacological treatment i.e., Donepezil and Quetiapine combined with cognitive stimulation activities. After three months, TMSE scores increased from 15 to 18, forgetfulness and behavioral disturbances decreased, and daily activity performance was improved. Patient 2 had severe dementia with multiple comorbidities and did not receive pharmacological treatment for dementia. The treatment focused on optimizing remaining functional abilities and providing caregiver support. After three months, the patient's condition remained stable, patient's behaviors were calmer, no new complications occurred, and the caregiver's knowledge and skills in dementia care increased significantly.

Conclusion: The assessment based on Gordon's 11 Functional Health Patterns can effectively identify the individualized problems, needs, and remaining capacities of older adults with dementia. The patient with moderate dementia demonstrated improvements in cognition, behaviors, and daily activities with a combined pharmacological and rehabilitative approach. However, the patient with severe dementia showed a stable condition and reduced behavioral disturbances due to non-pharmacological approach, changing environment and providing consistent support for caregivers. These findings underscore that holistic assessment integrated with individualized nursing care suitable for disease severity levels and caregiver roles can enhance the quality and effectiveness of dementia care in the communities.

Keywords: Dementia; Geriatric Nursing; Gordon's Functional Health Patterns; Pharmacological and Non-Pharmacological Care; Case Study

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อมประมาณ 600,000-650,000 คนในปี พ.ศ. 2566-2567 (HDC, 2023) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรสูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุรายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 13.4 ล้านคน หรือร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 400,000 คน ซึ่งกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสัดส่วนสำคัญ (Department of Older Persons, 2023) หากไม่มีมาตรการป้องกันหรือชะลอความเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ จำนวนผู้ป่วยอาจเพิ่มสูงถึง 2 ถึง 2.5 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2580 (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง ส่งผลต่อความจำ การคิด การตัดสินใจ อารมณ์ พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในบริบทสังคมไทยส่วนใหญ่การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้นทั้งด้านเวลา อารมณ์ และเศรษฐกิจ แนวทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลควบคู่กัน ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถใช้ได้ทั้งแนวทางที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น กิจกรรมกระตุ้นสมอง ดนตรีบำบัด การปรับสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสัมพันธ์ทางสังคม เป็นแนวทางที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Parajuli et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การเลือกแนวทางที่เหมาะสมจำเป็นต้องพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพร่วม ความสามารถของผู้ป่วย และความพร้อมของผู้ดูแลในสภาพจริงของชุมชน แม้ว่าจะมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างแพร่หลาย แต่งานวิจัยเชิงกรณีศึกษาที่รายงานผลลัพธ์ของการดูแลแบบองค์รวมตามระดับความรุนแรงของโรคในบริบทชุมชนไทยยังมีจำนวนจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนความซับซ้อนของปัญหาและความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์จริง

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งประเมินภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ และผลลัพธ์หลังการดูแล รวมถึงพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้คาดว่าจะ เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน และช่วยลดภาระต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว

คำถามของกรณีศึกษา

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งสองรายมีภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นอย่างไร
2. ผู้สูงอายุแต่ละรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถนะการดำรงชีวิต อารมณ์ทางพฤติกรรม และการรับรู้หลังได้รับการดูแลตามบริบทจริงอย่างไร
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะของโรค โรคร่วม ความพร้อมของผู้ดูแล และแนวทางการรักษาส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร
4. สามารถพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจากประสบการณ์ทั้งสองรายได้อย่างไร

วัตถุประสงค์ของกรณีศึกษา

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งสองรายตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
2. เพื่ออธิบายผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายภายใต้แนวทางการดูแลที่แตกต่างกันตามบริบทจริง
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและบทบาทผู้ดูแล

สมมติฐานของกรณีศึกษา

1. การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงและบริบทของผู้ดูแล จะช่วยลดอาการทางพฤติกรรม ส่งเสริมสมรรถนะการดำรงชีวิต และการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย
2. การประเมินสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน จะช่วยระบุปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Case Study) โดยมุ่งอธิบายภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2 ราย ซึ่งมีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ลักษณะสุขภาพและบริบทครอบครัวแตกต่างกัน ตลอดจนได้รับการดูแลแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การนำเสนอผลจึงเป็นลักษณะการบรรยายรายกรณี (Case Description) และวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้เห็นความต้องการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายตามบริบทจริง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ราย ที่อาศัยอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
2. อาศัยอยู่ในชุมชนและมีผู้ดูแลหลักที่ให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

ระยะเวลาการศึกษา

ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 2019) เพื่อประเมินและวิเคราะห์สุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
3. การขับถ่าย
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ
6. สติปัญญาและการรับรู้
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์
8. บทบาทและสัมพันธภาพ
9. เพศและการเจริญพันธุ์
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด
11. ค่านิยม ความเชื่อ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้การประเมินมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งเป็นการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย (Ambushe et al., 2023)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ใช้เครื่องมือมาตรฐานและแบบประเมินเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงจากชุดแบบประเมินผู้สูงอายุที่ใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น และนำมาปรับใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเวียงเก่า ประกอบด้วย

1. **Mini-Mental State Examination (MMSE)** ใช้ประเมินสมรรถภาพทางารรู้คิดของผู้สูงอายุ เช่น ความจำ, การสื่อสาร, ความสนใจ, การคำนวณ (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)

2. **Activities of Daily Living (ADL)** ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหว (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963)
3. **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)** ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมซับซ้อน เช่น การใช้โทรศัพท์ ทำอาหาร และจัดการเงิน (Lawton & Brody, 1969)
4. **Neuropsychiatric Inventory (NPI)** ประเมินอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว และความเศร้า (Cummins et al., 1994)
5. แบบสัมภาษณ์ตามกรอบ 11 แบบแผนของกอร์ดอน: ประเมินสุขภาพเชิงคุณภาพและความต้องการเฉพาะบุคคล (Gordon, 2019)
6. แบบบันทึกการสังเกต: ใช้จัดบันทึกพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ เพื่อแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการดูแล

เครื่องมือดังกล่าวผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมเพื่อให้ใช้ได้อย่างถูกต้องตามคู่มือ เพื่อให้มั่นใจในความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของการประเมิน ทั้งนี้ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการปรับใช้ตามบริบทของคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยหลายวิธี โดยผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบการศึกษาและจัดทำแบบรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 แบบ และมีการติดตามผลซ้ำเป็นขั้นตอนเพิ่มเติม เพื่อประเมินด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม ได้แก่

1. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพเบื้องต้น
2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. การใช้แบบประเมินมาตรฐาน
4. การสังเกตพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม
5. การติดตามผลซ้ำทุก 2 สัปดาห์

การเก็บข้อมูลดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเวียงเก่า และขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมและผู้ดูแลทุกกรณี ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้โดยไม่กระทบต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analysis) เนื่องจากเป็นกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่มีบริบทสุขภาพและรูปแบบการดูแลแตกต่างกัน การวิเคราะห์จึงมุ่งอธิบายลักษณะทางคลินิกของแต่ละราย การเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะด้านการรู้คิด ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน พฤติกรรม อารมณ์ และปัจจัยบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นรายกรณี เพื่อสะท้อนภาพรวมของภาวะสุขภาพในบริบทจริง ผลการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพ

ของกอร์ดอน เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหา ความต้องการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบในมิติสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1 (ใช้ยา)	กรณีศึกษารายที่ 2 (ไม่ใช้ยา)
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	75 ปี	88 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
สถานภาพสมรส	หม้าย	หม้าย
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	ไม่ได้ทำงาน
ภูมิลำเนา	บ้านเลขที่ 77 หมู่ 8 ต.เมืองเก่าฯ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น	บ้านเลขที่ 94 หมู่ 3 ต.เมืองเก่าฯ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น
โรคประจำตัว	โรคอัลไซเมอร์ระยะปานกลาง	โรคอัลไซเมอร์ระยะรุนแรง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
ประวัติสมองเสื่อม	มีอาการหลงลืม หูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงทิศทาง นอนไม่หลับ เดี๋ยววัน หวาดระแวง มา 2 ปี รักษาที่ รพ.ขอนแก่น , รพ.จิตเวชฯ ขอนแก่น	มีอาการเอะอะโวยวาย หลงลืมมา 8 ปี มีอาการมากขึ้นมา 2 ปี ปัจจุบันจำลูกหลานไม่ได้ เดี๋ยววันไปมา ถอดเสื้อผ้า ปัสสาวะและอุจจาระไม่เป็นที่ (ประวัติรักษาที่ รพ.จิตเวชฯ ขอนแก่น ปี 2560)
การวินิจฉัย	โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)	โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)
การรักษา	ได้รับยาโดเนเพซิล (Donepezil) และควีเตียพีน (Quetiapine) ร่วมกับโปรแกรมกระตุ้นสมอง เช่น การฝึกความจำ เล่นเกมส์ การ์ดคำ และกิจกรรมศิลปะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	ไม่ได้รับยารักษาภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลแบบไม่ใช้ยา โดยเน้นกิจกรรมพื้นฐาน การดูแลสุขอนามัย และการสนับสนุนผู้ดูแล

กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)	19 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เกือบทั้งหมด	5 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงสูง ต้องได้รับความช่วยเหลือเกือบทั้งหมดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrument Activities of Daily Living Scale : IADL)	6/8 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ เช่น การจัดเตรียมอาหาร หรือการใช้โทรศัพท์	1/8 คะแนน ไม่สามารถทำกิจกรรมซับซ้อนได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด
TMSE	15/30 คะแนน (สมองเสื่อมระยะปานกลาง)	ประเมินไม่ได้ มีปัญหาด้านการสื่อสาร (สมองเสื่อมระยะรุนแรง)
พฤติกรรม	หลงลืมสิ่งของ นอนไม่หลับ หวาดระแวง มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หงุดหงิดง่าย	เอะอะโวยวาย หงุดหงิด เดินวนเก็บของผิดที่ ชอบเก็บขยะไว้ในบ้าน ปัสสาวะอุจจาระไม่เป็นที่
ผู้ดูแล	บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก	บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก
สรุป	ภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง ได้รับการรักษาด้วยยา	ภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง ไม่ใช้ยา มีภาวะพึ่งพิงสูง

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 (ใช้ยา)	กรณีศึกษารายที่ 2 (ไม่ใช้ยา)
อาการสำคัญ	หญิงไทยผิวดำแดง รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี สีหน้าเรียบเฉย การแต่งกายสะอาด เรียบร้อย ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว ให้ประวัติผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมมาก ทำอะไรช้าลง ต้องกระตุ้น มีความกังวลกลัวคนมาทำร้าย มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน กลางคืนไม่นอน เดินวนไปมา (เห็นคนจะมาฆ่า, เห็นลิงปีนต้นมะพร้าว, เห็นงูมาพันขา, เห็นคณะทัวร์ตากผ้าบนยอดมะพร้าว ได้ยินเสียงคนตำทอ นินทา	หญิงไทยผิวดำแดง ผอมสีขา รูปร่างผอม ท่าทางอ่อนเพลีย พูดคุยไม่รู้เรื่อง พูดเรื่อยเปื่อย ตอบไม่ตรงคำถาม มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว ให้ประวัติ 8 ปีก่อน มีอาการเอะอะโวยวาย หงุดหงิด ทำร้าย/ตำทอลูก ญาติพาไปรักษาที่ รพ. จิตเวชฯ เมื่อปี 2560 รับยาจิตเวชอยู่ 1 ปี ผู้ป่วยดีขึ้น จากนั้น loss F/U ต่อมามีอาการหลงลืมมาก จำลูกหลานไม่ได้ พูดบ่นคนเดียว ถอดเสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน เดินวนไปมาในบ้าน เก็บขยะและรองเท้าเข้าไปเก็บในที่นอน ปัสสาวะและอุจจาระไม่เป็นที่

<p>ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน</p>	<p>2 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลง ต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความวิตกกังวลและหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนตำหนิหรือนินทา และเห็นภาพหลอนได้แก่ เห็นคนจะมาฆ่า เห็นลิงปีนต้นมะพร้าว เห็นงูพันขา และเห็นคณะทัวร์มาตากผ้าบนยอดมะพร้าว กลางคืนไม่นอน เดินวนไปมา มีอาการมาอย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรงมากขึ้น</p>	<p>8 ปีก่อน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเวช โดยมีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย หวงของ ตำทอและทำร้ายลูกญาติไปรักษาที่ รพ.จิตเวชฯ เมื่อปี 2560 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาจิตเวชอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี อาการผู้ป่วยดีขึ้น แต่ต่อมาขนาดนัดขาดยา หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น จำลูกหลานไม่ได้ มีพฤติกรรมพูดบ่นคนเดียว พูดเรื่อยเปื่อย สื่อสารไม่ได้ ถอดเสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน เดินวนไปมาภายในบ้าน เก็บขยะและรองเท้าไปเก็บไว้บนที่นอน ปีสสาวะและอุจจาระไม่เป็นที่ และมีท่าทางอ่อนเพลีย ต้องอาศัยการดูแลจากบุตรสาวอย่างใกล้ชิด มีอาการมากมา 2 ปี</p>
<p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิเสธโรคประจำตัว - ปฏิเสธการฆ่าตัด - ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2538, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2559 - ปฏิเสธการฆ่าตัด - ประวัติครอบครัว มารดาและน้องสาว เป็นเบาหวาน
<p>โรคประจำตัว</p>	<p>โรคอัลไซเมอร์ระยะปานกลาง</p>	<p>โรคอัลไซเมอร์ระยะรุนแรง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง</p>

ตารางที่ 3 ข้อมูลตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1 (ใช้ยา)	กรณีศึกษารายที่ 2 (ไม่ใช้ยา)
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี แต่นอนไม่ค่อยหลับ มักได้ยินเสียงคนคุยกัน และหวาดระแวงกลัวคนมาแอบดูตอนอาบน้ำ รับรู้ตนเองผิดปกติบ้าง สื่อสารได้ปกติ ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา ออกกำลังกายโดยเดินยืดเหยียด 10-15 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์	ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่ตระหนักถึงโรคสมองเสื่อม ญาติเป็นผู้สังเกตอาการ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก มียาที่ใช้ประจำ DM II, HT, CKD3, Chronic IHD ปฏิเสธการรับยาโรคอัลไซเมอร์ ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานทั้งข้าวสวย ข้าวเหนียว ไม่ได้ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารที่บ้าน จำนวน 3 มื้อ/วัน รับประทานตรงเวลา น้ำดื่ม ปริมาณ 800-1200 ซีซี/วัน ตรวจร่างกาย : ผิวไม่แห้ง ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร **ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 156 ซม. BMI 20.54 (ภาวะโภชนาการปกติ)	ผู้ป่วยชอบรับประทานข้าวเหนียว และอาหารรสเค็ม บุตรสาวเป็นคนดูแลเรื่องอาหาร รับประทานอาหาร จำนวน 2-3 มื้อ/วัน ไม่ตรงเวลา รับประทานผักและผลไม้ต่างๆ ไม่ควบคุมอาหาร ดื่มน้ำ 800-1000 ซีซี/วัน ตรวจร่างกาย ผิวไม่แห้ง ริมฝีปากไม่แห้ง ฟันบน ฟันล่างหลุด ฟันบดเคี้ยวเหลือน้อย ไม่มีน้ำหนัลด **ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก 42 กก. ส่วนสูง 148 ซม. BMI 19.17 (มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร)
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปัสสาวะ 6-7 ครั้ง/วัน ถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วัน/ครั้ง ตรวจร่างกาย Abdomen : Soft , No full Bladder	ขับถ่ายปัสสาวะ 7-8 ครั้ง/วัน ถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วัน/ครั้ง (ขับถ่ายไม่เป็นที่) ตรวจร่างกาย Abdomen : Soft , No full Bladder
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	การทำความสะอาดร่างกายและกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำได้เอง แต่ต้องมีคนคอยกระตุ้น เคยออก	มีภาวะพึ่งพิงสูง ทำความสะอาดร่างกายและกิจวัตรประจำวัน

	กำลังกายโดยเดินยืดเหยียด 10-15 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ ปัจจุบันไม่ออกกำลังกาย	ต่างๆโดยบุตรสาว ไม่ออกกำลังกาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับได้วันละ 4-5 ชั่วโมง ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ	นอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ต้องใช้ยานอนหลับ
6. สติปัญญาและการรับรู้	<p>การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ</p> <p>การใช้ภาษาเหมาะสม การคิด การตัดสินใจ การให้เหตุผล การโต้ตอบซ้ำ</p> <p>-ตา : ปกติ 2 ข้าง การมองเห็น ปกติ</p> <p>-หู : ลักษณะหูปกติทั้ง 2 ข้าง การได้ยินปกติ</p> <p>-จมูก : การได้กลิ่น ปกติ</p> <p>-ลิ้น : การรับรสปกติ</p> <p>-ระบบประสาททางผิวหนัง : การตอบสนองต่อการเจ็บปวด ปกติ ไม่มีผื่นคันตามผิวหนัง</p>	<p>การรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติ พูดเป็นคำๆ สื่อสารไม่ได้</p> <p>การคิด การตัดสินใจ การให้เหตุผล ผิดปกติ</p> <p>-ตา : การมองเห็น ประเมินไม่ได้</p> <p>-หู : ลักษณะหูปกติทั้ง 2 ข้าง การได้ยิน **หันตามเสียง</p> <p>-จมูก : ประเมินไม่ได้</p> <p>-ลิ้น : ประเมินไม่ได้ (ทานอาหารปกติ)</p> <p>-ระบบประสาททางผิวหนัง : การตอบสนองต่อการเจ็บปวด ปกติ ไม่มีผื่นคันตามผิวหนัง</p>
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	<p>รับรู้ตนเองว่ามีความกังวล</p> <p>หวาดระแวงมากกว่าปกติ ปฏิบัติภารกิจต่างๆและตอบสนองช้าลง</p> <p>บุคลิกภาพ ท่าทางใจเย็น</p>	<p>ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่รับรู้ตนเอง ไม่ตระหนักถึงโรค</p> <p>สมองเสื่อม บุคลิกภาพ ท่าทางใจร้อน หงุดหงิดง่าย</p>
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	<p>บทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว จบการศึกษา ประถมศึกษา ไม่ได้การประกอบอาชีพ รายได้หลักจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุและจากลูกส่งให้ สมาชิกในครอบครัว 4 คน</p> <p>สัมพันธภาพในครอบครัว รักใคร่</p>	<p>บทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว จบการศึกษา ประถมศึกษา ไม่ได้การประกอบอาชีพ รายได้หลักจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุและจากลูกส่งให้ สมาชิกในครอบครัว 6 คน</p>

	ช่วยเหลือกันดี แหล่งประโยชน์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ใช้บริการ ในรพ.ของรัฐ	สัมพันธ์ภาพในครอบครัว รักใคร่ ช่วยเหลือกันดี แหล่งประโยชน์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ใช้บริการ ในรพ.ของรัฐ
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เริ่มมีประจำเดือนอายุ 15 ปี หมด ประจำเดือน อายุ 50 ปี พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม	เริ่มมีประจำเดือนอายุ 16 ปี หมด ประจำเดือน อายุ 52 ปี พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม
10. การปรับตัว และการเผชิญกับ ความเครียด	การวัดระดับความเครียดหรือ เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ST 5 เท่ากับ 7 คะแนน มีความเครียด ระดับปานกลาง , การประเมิน ซีมีเศร้า 2Q ผลผิดปกติ 9Q เท่ากับ 8 คะแนน มีภาวะซีมีเศร้า ระดับน้อย 8Q เท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีความเสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง	ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระยะ รุนแรง ไม่สามารถสื่อสารได้ มี พฤติกรรมไม่เหมาะสม
11. ค่านิยม/ความเชื่อ/สิ่งยึด เหนี่ยวทางจิตใจ	นับถือศาสนาพุทธ การปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา ขอบไปทำบุญ ที่วัด ทำทานบิณฑบาตไปถวายพระ สวดมนต์ไหว้พระทุกวันพระ มี ความเชื่อเกี่ยวกับการทำความดี ความถูกต้อง ผลของกรรม การ อบรมลูกหลานให้เป็นคนดี การ ปฏิบัติเป็นแบบอย่าง มีความรู้สึก เข้มแข็งในตนเอง เข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน -ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ มี ความเชื่อในการรักษาแพทย์แผน ปัจจุบัน เมื่อเจ็บป่วยก็ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์	นับถือศาสนาพุทธ เป็นสิ่งยึด เหนี่ยวทางจิตใจ ปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนาตามความเชื่อเกี่ยวกับ การทำความดี อบรมลูกหลานให้ เป็นคนดี และทำตัวเป็น แบบอย่างที่ดี ทำบุญตักบาตรทุก วันพระ และมีส่วนร่วมเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชนงานประเพณีต่าง เช่น บุญเดือนสาม เดือนสี่ บุญ ข้าวจี บุญผะเหวด หลังมีความ เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่ รุนแรงขึ้น จึงไม่ได้เข้าร่วมใน กิจกรรมทางศาสนาและชุมชน -ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เคยใช้ ยาสมุนไพร ซึ่ตามโฆษณา

		<p>ปัจจุบันเลิกแล้ว มีความเชื่อตามแผนการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในโรค DM II, HT, CKD3, Chronic IHD รับประทานยาโดยญาติ</p> <p>**ปฏิเสธการรับยาโรคอัลไซเมอร์</p> <p><u>เนื่องจากญาติมีความเชื่อว่าผู้ป่วยอายุมากและอาการคงไม่ดีขึ้นแล้ว</u></p>
--	--	---

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1 (ใช้ยา)	กรณีศึกษารายที่ 2 (ไม่ใช้ยา)
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 การรับรู้ลดลงเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคลเนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยให้ประวัติว่า “จำบางเรื่องไม่ได้ ทำอะไรช้าลง”</p> <p>O: TMSE 15/30 คะแนน มีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง</p> <p>A: การรับรู้ด้านเวลา และบุคคลลดลง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจดจำวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ดีขึ้น และลดความสับสนในชีวิตประจำวัน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสามารถระบุวัน เวลา หรือบุคคลได้ถูกต้อง ≥ 2 รายการ จาก 4 รายการ (วัน เวลา สถานที่ บุคคล) 2. คะแนน TMSE เพิ่มขึ้น ≥ 2 คะแนนภายใน 3 เดือน 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 การรับรู้และการสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้ ญาติบอกว่า “แม่พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง”</p> <p>O: TMSE ประเมินไม่ได้ ผู้ป่วยพูดเรื่อยเปื่อย ตอบไม่ตรงคำถาม</p> <p>A: การรับรู้และสื่อสารบกพร่องอย่างรุนแรง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและเข้าใจสิ่งรอบตัวมากขึ้น ลดอาการสับสน และพฤติกรรมไม่เหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยตอบสนองต่อเสียงเรียกหรือสัมผัสได้ ≥ 3 ใน 5 ครั้ง 2. ผู้ดูแลแจ้งว่าผู้ป่วยสงบมากขึ้นเมื่อมีการพูดคุย ตอบสนองต่อการสื่อสารได้มากขึ้น เช่น หันตามเสียงเรียก ยิ้ม หรือแสดงสีหน้าผ่อนคลายเมื่อพูดคุย <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

<p>3. ผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำดีขึ้น เช่น พุดชื่อคนในบ้านถูกต้อง หรือจดจำและปฏิบัติกิจวัตรบางอย่างได้เอง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ติดป้ายชื่อ และปฏิทินวัน เดือน ปี บนผนังในห้องนอน จัดกิจกรรมกระตุ้นความจำเป็นประจำทุกวัน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ให้อ่านปฏิทินและบอกวัน เดือน ปี ให้ดูภาพบุคคลในครอบครัวแล้วบอกชื่อ ทบทวนเหตุการณ์ปัจจุบันจากข่าวหรือสิ่งรอบตัว ใช้เกมฝึกสมองง่าย ๆ เช่น จับคู่ภาพ-ชื่อ หรือเรียงลำดับเหตุการณ์ก่อน-หลัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยจัดโต๊ะอาหาร พับผ้า หรือรดน้ำต้นไม้ และให้พุดคุยถึงขั้นตอนกิจกรรมที่ทำ เพื่อกระตุ้นความจำและความเข้าใจเชื่อมโยง ชมเชยเมื่อสามารถทำได้ถูกต้อง สอนญาติถึงวิธีการสื่อสาร โดยใช้ประโยคสั้น ๆ และพุดซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ ประเมิน TMSE ทุกเดือนและบันทึกแนวโน้มคะแนน <p>ประเมินผลการพยาบาล หลังการดูแล 3 เดือน คะแนน TMSE เพิ่มจาก 15 เป็น 18 คะแนน ผู้ป่วยสามารถตอบชื่อบุคคลในครอบครัวได้ถูกต้องทุกคนทุกวัน เวลา และสถานที่ได้ อาการสับสนลดลง ญาติบอกว่าผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> ใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยนในการสื่อสาร ลดสิ่งกระตุ้นหรือรบกวนขณะพุดคุย พุดซ้ำ ชัด พร้อมภาษากายประกอบ สอนเทคนิคการสื่อสาร แนะนำให้ผู้ดูแลใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยนในการสื่อสาร คำพุดสั้น กระชับ ใช้ภาษากาย และสัมผัสเบา ๆ ขณะพุดคุย เช่น ลูบมือแตะไหล่ เปิดเพลงซ้ำ ๆ ระดับเสียงไม่เกิน 50 เดซิเบลระหว่างพุดคุย บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยทุกครั้ง ประเมินระดับการรับรู้เดือนละครั้ง <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มตอบสนองต่อเสียงเรียกและสัมผัส เช่น หันหน้าตามเสียงเรียก ยิ้มตอบ พยักหน้า หรือสงบลงเมื่อมีการพุดคุย อาการสับสนลดลง ไม่มีเอะอะโวยวาย</p>
--	---

<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เห็นภาพหลอน เนื่องจากกระบวนการคิดถูกรบกวน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “เห็นลิงปีนต้นไม้พริ้ว เห็นงูพันขา เห็นคนจะมาฆ่า”</p> <p>O: มีอาการหวาดระแวง ไม่ยอมนอน เดินไปมา หงุดหงิดง่าย ได้รับยา Quetiapine</p> <p>A: การรับรู้บิดเบือน ความคิดถูกรบกวนจากโรคอัลไซเมอร์</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการหลงผิด หวาดระแวง และเห็นภาพหลอน เพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสงบ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความถี่ของการเห็นภาพหลอนลดลง $\geq 50\%$ ภายใน 1 เดือน 2. นอนหลับเฉลี่ย ≥ 6 ชั่วโมงต่อคืน 3. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการสงบและไม่มีความหวาดระแวง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อยู่กับผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ รับฟังสิ่งที่บอกเล่าด้วยความสนใจ พุดคุยและอธิบายสิ่งต่าง ๆ ด้วยท่าที่อ่อนโยน ไม่ได้แย้งเมื่อพูดถึงสิ่งที่เห็น 2. ดูแลให้ได้รับยา Quetiapine ตามแผนการรักษา และติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม มือสั่น 3. แนะนำญาติเมื่อผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง ให้ใช้กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนฟังเพลง พาทำกิจกรรมที่ชอบ 4. สอนญาติบันทึกความถี่ของอาการหลงผิด เห็นภาพหลอนในสมุดบันทึก 5. ติดตามอาการหลงผิด หวาดระแวง เห็นภาพหลอน ทุก 2 สัปดาห์ 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ความสามารถในการจัดการตนเองและพฤติกรรมบกพร่องเนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “แม่ชอบแก้ผ้า เดินวนไปมาในบ้าน เก็บขยะไว้ในบ้าน ถ่ายอุจจาระข้างตู้เย็น”</p> <p>O: มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและขาดการรับรู้ตนเอง</p> <p>A: การควบคุมพฤติกรรมบกพร่อง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น แก้ผ้า เดินวน ลดลง $\geq 50\%$ ภายใน 2 เดือน 2. ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้โดยไม่ต้องใช้ความรุนแรง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำผู้ดูแลให้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทุกวัน 2. เมื่อผู้สูงอายุทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการตำหนิ ให้ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนฟังเพลง หรือพาเดินเล่น 3. แจ้งพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยท่าที่ที่อ่อนโยน สาธิตและพาทำกิจกรรมที่เหมาะสม 4. ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม 5. พาทำกิจกรรมกระตุ้นความจำ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น พาดูภาพบุคคลในครอบครัวแล้วบอกชื่อ พาทำงานบ้านง่าย ๆ พับผ้า จัดถ้วยชาม
---	--

<p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดและเห็นภาพหลอนลดลงชัดเจน ไม่มีเห็นภาพหลอน ไม่มีอาการหวาดระแวง นอนหลับได้ดีขึ้น เฉลี่ยคืนละ 6-7 ชั่วโมง พฤติกรรมสงบ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ญาติบอกว่าผู้ป่วยนอนหลับได้ตลอดคืน ไม่พบอาการง่วงซึม มือสั่น</p>	<p>6. จัดสภาพบ้านให้ปลอดภัยและลดสิ่งกระตุ้น 7. ให้คำปรึกษาญาติเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก (Non-violent communication)</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล มีพฤติกรรมเดินวนและเก็บขยะลดลง 70% ชับถ่ายไม่เป็นที่ลดลง 50% ไม่มีการแก้ผ้าเดินวน ญาติแจ้งว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้โดยไม่ใช้ความรุนแรง ผู้สูงอายุสงบมากขึ้น</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการพลัดหลงเนื่องจากความจำระยะสั้นบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “บางครั้งอยู่ ๆ แม่ก็เดินออกจากบ้านโดยไม่บอก”</p> <p>O: มีประวัติหลงทิศทาง และหลงลืมบ่อย</p> <p>A: ความจำระยะสั้นบกพร่อง มีความเสี่ยงต่อการพลัดหลง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดหลงและเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีเหตุการณ์พลัดหลงตลอดระยะเวลาที่ดูแล 3 เดือน 2. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางป้องกันได้ครบ $\geq 90\%$ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำบัตรประจำตัวพร้อมชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ติดตัวผู้ป่วยตลอดเวลา 2. แนะนำญาติให้ดูแลความปลอดภัย ป้องกันโดยการล็อคประตูรั้วตลอดเวลา และจัดแสงสว่างเพียงพอรอบบ้าน 3. ติดตั้งสัญญาณเตือนหรือกล้องในจุดเสี่ยง เช่น บริเวณประตู และรั้ว 4. ฝึกผู้ดูแลให้สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการรับรู้และสื่อสาร</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ดูแลบอกว่า “คุณยายพูดไม่รู้เรื่อง พูดแต่อ้อ ๆ ออ”</p> <p>O: ไม่ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ พูดบ่นคนเดียวเป็นประจำ ไม่สามารถสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้</p> <p>A: บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติ และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการสัมผัสหรือเสียงพูด ≥ 3 ครั้ง/วัน 2. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายมากขึ้นขณะมีการสนทนาในกลุ่มญาติ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้ญาติพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อย ๆ ด้วยความอ่อนโยน ใช้การสัมผัสเบา ๆ การยิ้ม สบตา และการพูดคุยสั้น ๆ ประโยคเข้าใจง่าย โดยพูดคุยวันละ ≥ 3 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที แม้ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง

<p>5. บันทึกเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามออกจากบ้านเพื่อประเมินแนวโน้มและความเสี่ยงต่อการพลัดหลง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ไม่เกิดการพลัดหลงในระหว่างการดูแลตลอด 3 เดือน ญาติสามารถเฝ้าระวังป้องกันได้ตามแนวทาง 95% ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการติดป้ายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน</p>	<p>2. แนะนำให้ญาติ พากลุ่มญาติ หรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยม พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นประจำ 3 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p>3. เปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ หรือเสียงธรรมชาติให้รู้สึกผ่อนคลาย วันละ 30-60 นาที</p> <p>4. บันทึกการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยในสมุดบันทึก</p> <p>5. ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยทุกเดือน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์มากขึ้น เช่น ยิ้มตอบ หันหน้าตามเสียงเรียกพยักหน้า หรือสงบเมื่อมีการพูดคุยหรือสัมผัส 3 ครั้ง/วัน ฟังเพลงแล้วมีอาการผ่อนคลาย มีกลุ่มญาติ หรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นประจำ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากการทรงตัวบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “แม่เดินเซ ๆ”</p> <p>O: อายุ 75 ปี การทรงตัวไม่มั่นคง การรับรู้ช้า TUGT 16.11 วินาที</p> <p>A: เสี่ยงต่อการหกล้ม</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดการหกล้มในระยะที่ดูแล 3 เดือน 2. คะแนน TUGT < 14.11 3. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยเดินได้มั่นคงมากขึ้น 4. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางป้องกันได้ครบ ≥ 90% <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านให้ปลอดภัย ดูแลให้พื้นเรียบ ไม่เปียก ไม่ลื่น ข้าวของจัดเก็บเป็นระเบียบ แสงสว่างเพียงพอ 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากการรับรู้และการทรงตัวบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “แม่ชอบเดินวนไปมาในบ้าน เคยล้ม 2 ครั้ง ใน 6 เดือนนี้”</p> <p>O: ผู้ป่วยมีลักษณะการเดินที่ผิดปกติ ก้าวขาสั้น ๆ ถี่ ๆ</p> <p>A: มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มตลอดระยะเวลาที่ดูแล 3 เดือน 2. ผู้ป่วยมีลักษณะการเดินที่ผิดปกติลดลง เดินได้มั่นคงมากขึ้น 3. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยเดินได้มั่นคงมากขึ้น

<p>2. จัดทำราวจับเดินในบ้าน</p> <p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมใส่รองเท้ากันลื่นที่พอดีเท้า</p> <p>4. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา และฝึกการทรงตัว 30 นาที/วัน เช่น ลูก-นั่งจากเก้าอี้ เดินช้า ๆ ในห้อง</p> <p>5. แนะนำญาติช่วยประคอง เฝ้าระวังการหกล้มเมื่อเดินทางไกลหรือขึ้นบันได</p> <p>6. ประเมิน TUGT เดือนละครั้ง พร้อมติดตามบันทึกผล</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ในระยะเวลา 3 เดือนที่ให้การดูแล ไม่หกล้ม คะแนนการทรงตัว (TUGT) ลดลงจาก 16.11 เป็น 13.45 วินาที เดินได้มั่นคงมากขึ้น สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทางป้องกันได้ > 90%</p>	<p>4. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางป้องกันได้ครบ $\geq 90\%$</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านให้ปลอดภัย ดูแลให้พื้นเรียบ ไม่เปียก ไม่ลื่น ข้าวของจัดเก็บเป็นระเบียบ แสงสว่างเพียงพอ 2. จัดทำราวจับเดินภายในบ้าน และบริเวณรอบบ้านที่ผู้ป่วยเดินเป็นประจำ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมใส่รองเท้ากันลื่นที่พอดีเท้า 4. จัดให้ผู้สูงอายุนอนบนพูก หรือเตียงที่มีความสูงประมาณ 40 เซนติเมตร เท่ากับระดับข้อพับเข่า ทำให้การนั่งห้อยขาหรือลุกขึ้นทำได้ง่ายเหมือนนั่งบนเก้าอี้ เพื่อความปลอดภัย มีราวทรงตัวข้างเตียงสำหรับช่วยพยุงตัว 5. แนะนำผู้ดูแลพาผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา และฝึกการทรงตัว 30 นาที/วัน เช่น ลูก-นั่งจากเก้าอี้ เดินช้า ๆ ในห้อง 5. แนะนำญาติช่วยประคอง เฝ้าระวังการหกล้มเมื่อเดินทางไกลหรือขึ้นบันได 6. ประเมินท่าทางการเดินเดือนละครั้ง พร้อมติดตามบันทึกผล <p>ประเมินผลการพยาบาล ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในช่วง 3 เดือนที่ดูแล สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านมีความปลอดภัย และมีการติดราวจับเดินในบ้าน ผู้ป่วยเดินก้าวขาถี่ลดลง เวลาเดินมีญาติคอยประคอง ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทางป้องกันได้ > 90%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากการทำงานของสมองลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติให้ข้อมูลว่า “ต้องคอยบอกให้อาบน้ำ แต่งตัว”</p> <p>O: ADL 19 คะแนน, IADL 6/8</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะพึงพิงสูงเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “ต้องคอยดูแลทั้งการอาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย”</p> <p>O: ADL 5 คะแนน, IADL 1/8</p>

<p>คะแนน</p> <p>A: มีภาวะบกพร่องในการทำกิจวัตรบางอย่าง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คะแนน ADL/IADL เพิ่มขึ้น ≥ 1 คะแนน ภายใน 3 เดือน 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้โดยญาติไม่ต้องกระตุ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ 2. จัดกิจกรรมงานบ้านง่าย ๆ ที่ช่วยฝึกสมองและทักษะมือ เช่น กวาดบ้าน เช็ดถ้วยชาม พับผ้า รดน้ำต้นไม้ ให้ช่วยทำและให้คำชมเชยเมื่อทำสำเร็จ 3. ญาติต้อง เพื่อเสริมแรงใจ 3. แนะนำญาติให้ใช้คำสื่อสาร และคำสั่งที่สั้น ชัดเจน เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยทำทีละขั้นตอน 4. จัดทำตารางกิจกรรมประจำวัน พร้อมกิจกรรมฝึกสมองรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ให้ผู้ดูแลพาทำกิจกรรมตามตาราง 5. ญาติบันทึกกิจวัตรที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกระตุ้นทุกสัปดาห์ 6. ประเมินและบันทึก ADL/IADL ซ้ำทุกเดือน <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยญาติไม่ต้องคอยกระตุ้น เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัว และเตรียมอาหารด้วยตนเอง คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 19 เป็น 20 คะแนน, IADL เพิ่มขึ้นจาก 6 เป็น 7 คะแนน</p>	<p>คะแนน</p> <p>A: มีภาวะพึ่งพิงสูง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะพึ่งพิง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับหรือการติดเชื้อทางผิวหนัง ตลอดระยะเวลาที่ดูแล 3 เดือน 2. ผู้ดูแลสามารถอธิบายและปฏิบัติการดูแลขั้นพื้นฐานได้ถูกต้อง $\geq 80\%$ ของขั้นตอนที่สอนและสาธิต 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน (LTC) อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้และสาธิตเรื่องการดูแลสุขอนามัยพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การดูแลช่องปาก การสวมเสื้อผ้า การตัดเล็บ ป้อนอาหาร การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2. สอนวิธีจัดทำเวลานอนเพื่อป้องกันแผลกดทับและเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนรองตามปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ ข้อศอก สันเท้า 3. สอนการท่ายกกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น บริหารข้อ ขยับแขนขาเบา ๆ วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ 4. แนะนำการดูแลผิวหนัง เช่น ใช้สบู่อ่อน ๆ ในการอาบน้ำ ล้างให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง ทาโลชั่นบำรุงผิว
--	---

	<p>5. ตรวจผิวหนังอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หากพบรอยแดงให้แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินเพิ่มเติม</p> <p>6. สอนวิธีป้อนอาหารที่ปลอดภัย เช่น ให้ผู้ป่วยนั่งกึ่งเอน 45 องศา ป้อนช้า ๆ ป้องกันการสำลัก</p> <p>7. นำเข้าการดูแลระยะยาว ให้ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) เพื่อแบ่งเบาภาระญาติ</p> <p>8. ติดตามคะแนน ADL ทุกเดือนเพื่อประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หากคะแนนลดลงมากกว่า 1 คะแนนใน 3 เดือน ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อปรับแผนการดูแล</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล คะแนน ADL คงที่ 5 คะแนน ผู้สูงอายุมีสุขอนามัยที่ดี ร่างกายสะอาด ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีข้อติด ญาติสามารถอธิบายและปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง 90% ของขั้นตอนที่สอนและสาธิต ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เดือนละ 4 ครั้ง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติถามว่า “จะอย่างไรเวลาแม่เห็นภาพหลอน”</p> <p>O: ผู้ดูแลมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ทราบวิธีการพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม</p> <p>A: ญาติวิตกกังวล และไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ลดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลระยะยาว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่า “แม่ชอบกินข้าวไม่เป็นเวลาคะ บางวันกินข้าวแค่มื้อเดียว”</p> <p>O: BMI 19.17, ฟันบดเคี้ยวเหลือ 2 คู่สบ</p> <p>A: มีภาวะเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและป้องกันภาวะขาดสารอาหาร</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>

<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมได้ถูกต้อง $\geq 80\%$ ของแบบประเมิน ความรู้หลังการสอน 2. คะแนน ST-5 ลดลง ≥ 2 คะแนนจากก่อนการให้ความรู้ 3. ญาติสีหน้าสดชื่น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้น และสามารถจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม พฤติกรรมที่พบบ่อย และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัวโดย จัดการสอนแบบรายบุคคล อธิบายสาเหตุของภาพ หลอน อาการหวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวน อย่างเข้าใจง่าย พร้อมแนะนำวิธีจัดการพฤติกรรม และอารมณ์ 2. สาธิตเทคนิคการจัดการพฤติกรรม เช่น วิธีพูดคุย อย่างอ่อนโยน ไม่ได้เถียงเมื่อผู้ป่วยพูดไม่ตรงความจริง ฝึกการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ขวนร้องเพลง หรือดูภาพครอบครัว 3. ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง โดย พยาบาลเป็นผู้ประเมินและสะท้อนผลกลับ 4. เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และ ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน 5. ประเมินภาวะเครียดของญาติด้วย ST-5 ทุกเดือน 6. ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 7. สนับสนุนให้เข้ากลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 0.3–0.5 กิโลกรัม ภายใน 2 สัปดาห์ หรือ BMI เพิ่มขึ้นจากค่าเดิม 2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ครบ 3 มื้อต่อ วัน หรืออย่างน้อย 75% ของปริมาณอาหารที่จัดให้ ในแต่ละมื้อ 3. ไม่มีอาการสำลักหรือไอระหว่งการรับประทานอาหาร 4. ญาติจัดอาหารที่เหมาะสมกับความสามารถในการ บดเคี้ยวของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก และคำนวณ BMI ทุกสัปดาห์ 2. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ผิวแห้ง เหน็บชา เหนื่อยง่าย 3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่ เหมาะสม จัดอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย เช่น ข้าวต้ม ไข่ ตุ่น ผักต้มสุก หรือผลไม้เนื้อนิ่ม จัดอาหารที่ หลากหลาย ครบ 5 หมู่ และเพิ่มอาหารโปรตีน คุณภาพดี เช่น ปลา ไข่ เต้าหู้ ปรับลักษณะอาหารให้ เหมาะกับฟันและความสามารถในการเคี้ยว 4. ส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารอย่าง สม่ำเสมอ วางแผนเวลารับประทานอาหารให้เป็น เวลา ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกระตุ้นให้ผู้ป่วย รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ 5. ป้อนอาหารอย่างปลอดภัย จัดท่านั่งศีรษะสูง 45 องศาขึ้นไป ขณะรับประทานอาหาร ป้อนอาหารช้า เป็นคำเล็ก ๆ สังเกตอาการสำลักหรือไอระหว่ง รับประทาน
---	---

<p>8. เปิดช่องทางรับคำปรึกษา โดยให้โทรปรึกษาได้ที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ถูกต้อง 86% ของแบบประเมินความรู้หลังการสอน คะแนน ST-5 ลดจาก 6 เป็น 3 คะแนน สีหน้าคลายกังวล แจ่มใส มีความมั่นใจและสามารถจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยได้ดีขึ้น</p>	<p>6. บันทึกปริมาณอาหารและน้ำดื่มที่รับประทานได้จริงในแต่ละมื้อ</p> <p>7. ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาหารเสริม หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ให้พิจารณาใช้อาหารเสริมทางโภชนาการ เช่น นมสูตรผู้สูงอายุ ตามคำแนะนำของแพทย์หรือโภชนาการ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล BMI เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 19.17 เป็น 19.42 ผิวไม่แห้ง ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้ ครบ 3 มื้อต่อวัน โดยรับประทานได้ 80% ของปริมาณอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อ ไม่มีสำลักหรือไอขณะรับประทานอาหาร ผู้ดูแลจัดอาหารได้เหมาะสม</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ดูแลหลักเสี่ยงต่อการมีภาวะเหนื่อยล้า (Caregiver Burden) เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องเพียงลำพัง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบ่นว่า “เหนื่อยมากค่ะ ต้องดูแลแม่อยู่คนเดียวตลอดเวลา”</p> <p>O: บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว</p> <p>A: มีภาระทั้งทางกายและอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะยาว</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าทางกายและอารมณ์ของผู้ดูแล เสริมสร้างสุขภาวะจิตใจ และความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. คะแนนแบบประเมินความเครียด ST-5 ของผู้ดูแลลดลงอย่างน้อย 2 คะแนน</p>
---	--

2. ผู้ดูแลสามารถ ระบุและปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างน้อย 1 วิธี เช่น การหายใจลึก ๆ การฟังเพลง หรือการพักผ่อนระยะสั้น
3. ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้น และมีผู้ช่วยดูแลผลัดเปลี่ยนอย่างน้อย 1 คน
4. ผู้ดูแลมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเครียดและภาวะของผู้ดูแล โดยแบบสอบถาม ST-5 สังเกตพฤติกรรมหรืออาการที่บ่งชี้ความเหนื่อยล้า เช่น สีหน้า หรือการพูดบ่นเรื่องภาระการดูแล
2. แนะนำและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด แนะนำการหายใจช้าและลึก การยืดกล้ามเนื้อเบา ๆ หรือหางานอดิเรกทำ เช่น การฟังเพลง ปลูกต้นไม้
3. สนับสนุนให้เข้ากลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก รับฟังอย่างเข้าใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมความพยายามในการดูแลผู้ป่วย
5. วางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชน ประสาน อสม., เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อเยี่ยมบ้าน
6. นำเข้าสู่การดูแลระยะยาว ให้ได้รับการดูแลผลัดเปลี่ยนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) เพื่อแบ่งเบาภาระ
7. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบหมู่ และพบแพทย์หากมีอาการอ่อนเพลียหรือเครียดสะสม
8. เปิดช่องทางรับคำปรึกษา โดยให้โทรปรึกษาได้ที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล
9. ติดตามประเมินคะแนน ST-5 ทุก 2 สัปดาห์

	ประเมินผลการพยาบาล คะแนน ST-5 ของบุตรสาว ลดจาก 8 เป็น 5 คะแนน มีความเครียดลดลง สีหน้า สดชื่นขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลัดเปลี่ยน เดือนละ 4 ครั้ง
--	---

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล : กรณีศึกษาการดูแลแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

ด้านผลลัพธ์	กรณีศึกษารายที่ 1 (ใช้ยา)	กรณีศึกษารายที่ 2 (ไม่ใช้ยา)
การทำงานของสมอง	มีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง TMSE = 18/30 คะแนน เพิ่มจาก 15/30 คะแนน สื่อสารได้ปกติ มีการรับรู้ วัน เวลา บุคคล และ สถานที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน	มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง TMSE = ประเมินไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ การรับรู้บกพร่องอย่าง รุนแรง
ความสามารถดูแลตนเอง	ADL = 20/20 คะแนน ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทั้งหมดโดยไม่ต้องกระตุ้น	ADL = 5/20 คะแนน มีภาวะ พึ่งพิงสูง ต้องการความช่วยเหลือใน การทำกิจวัตรประจำวันเกือบ ทั้งหมด
กิจกรรมซับซ้อน	IADL = 7/8 คะแนน เพิ่มจาก 6/8 คะแนน สามารถทำกิจกรรม ซับซ้อนได้ เช่น การใช้โทรศัพท์ การจัดการด้านการเงิน การเตรียม อาหาร	IADL = 1/8 คะแนน ทำกิจกรรมซับซ้อนไม่ได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด
อารมณ์และพฤติกรรม	อาการหลงผิด หวาดระแวง เห็น ภาพหลอนลดลง มากกว่า 80% นอนหลับได้ดีขึ้น เฉลี่ยคืนละ 6-7 ชั่วโมง ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี	พฤติกรรมเดิวนและเก็บขยะ ลดลง 70% ขับถ่ายไม่เป็นที่ลดลง 50% ไม่มีการแก้ผ้าเดิวน ผู้ป่วย สงบมากขึ้น
ความปลอดภัย	ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้ม ไม่ เกิดเหตุพลัดหลง มีความปลอดภัย	ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา มีการ ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเฝ้าระวัง ความปลอดภัย
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใหม่ ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีปัญหาด้านโภชนาการ	ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใหม่ ไม่มีการติดเชื้อ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
ผลกระทบต่อผู้ดูแล	ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ	ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ

	ภาวะการดูแลปานกลาง ZBI = 10 คะแนน, QOL = 39/52 คะแนน	ภาวะการดูแลสูง ZBI = 10 คะแนน, QOL = 39/52 คะแนน
ความพึงพอใจ	ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ระดับมาก 9Q = 8/22 คะแนน	ผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก 9Q = 5/22 คะแนน

อภิปรายผล

ผลการศึกษารายกรณีผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ราย ที่มีระดับความรุนแรง โรคร่วม และบริบทครอบครัวแตกต่างกัน พบว่าการประเมินตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ช่วยให้ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการพยาบาลรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ด้านการรู้คิด พฤติกรรม และความสามารถในการดำรงชีวิตมีความแตกต่างกันตามปัจจัยบริบทของแต่ละราย ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านการรู้คิดและพฤติกรรมกรณีที่ 1 ซึ่งได้รับยา Donepezil ร่วมกับกิจกรรมกระตุ้นสมองพบว่า TMSE เพิ่มขึ้นและพฤติกรรมผิดปกติลดลง สอดคล้องกับทฤษฎี cholinergic hypothesis (Chen, 2022), (Stanciu et al., 2020) ซึ่งอธิบายว่าการเพิ่ม acetylcholine ส่งผลให้การรู้คิดดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎี neuroplasticity ที่ระบุว่าการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่องช่วยรักษาการทำงานของ cognitive domain ที่เหลืออยู่ (ผกามาศ & จุลเมตต์, 2022) ในขณะที่กรณีที่ 2 มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงจึงตอบสนองต่อการจัดสิ่งแวดล้อม การลดสิ่งเร้า และกิจกรรมผ่อนคลายมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิด non-pharmacological management และหลัก Person-Centered Dementia Care ซึ่งให้ความสำคัญกับความสงบ สบาย และการลดภาวะเครียดมากกว่าการเพิ่มการรู้คิด (Parajuli et al., 2021)

2. ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการดำรงชีวิต (ADL/IADL) กรณีที่ 1 มีคะแนน ADL และ IADL ดีขึ้น แสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนตามแบบแผนกิจวัตรประจำวันของกอร์ดอน ส่วนกรณีที่ 2 แม้คะแนน ADL คงที่ แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการฟังฟัง ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่เหมาะสมในผู้ป่วยระยะรุนแรงตามเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่แตกต่างกันของทั้งสองรายสามารถอธิบายได้ว่า(1) ระดับความรุนแรงของโรคและทฤษฎี Cognitive Reserve ซึ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีพื้นฐานการรู้คิดดีกว่าสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้มากกว่า (Liu et al., 2024)(2) โรคร่วมหลายระบบในรายที่ 2 ส่งผลต่อการทำงานของสมองและลดโอกาสในการฟื้นตัว(3) ความพร้อมของผู้ดูแลและระบบสนับสนุนในชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการลดพฤติกรรมรบกวน(4) สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อความปลอดภัยตามหลักการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน

4. ความเชื่อมโยงกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์กิจกรรมการพยาบาล เช่น การใช้คำสั่งสั้น ๆ การจัดบ้านให้ปลอดภัย ดนตรีบำบัด การสัมผัสเพื่อสร้างความสงบ การทำตารางกิจกรรม และการ

ประเมินซ้ำด้วย ADL, IADL ล้วนมีส่วนสำคัญต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและความสามารถในการใช้ชีวิต และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนอื่นได้

5. ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติทางการแพทย์ วิเคราะห์จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยระยะปานกลาง เหมาะกับการใช้ยา ร่วมกับ cognitive stimulation และการฝึกทักษะชีวิต ส่วนผู้ป่วยระยะรุนแรง เหมาะกับแนวทางไม่ใช้ยา การลดสิ่งเร้า การดูแลแบบประคับประคอง และการสนับสนุนผู้ดูแล แนวทางนี้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและแนวคิดดูแลตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

สรุปผล

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบว่าสามารถระบุปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค พบว่าในผู้ป่วยระยะปานกลาง การใช้ยา Donepezil ร่วมกับกิจกรรมกระตุ้นสมองช่วยให้สมรรถนะการรู้คิดดีขึ้น พฤติกรรมสงบ และ ADL เพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยระยะรุนแรงตอบสนองต่อการดูแลแบบไม่ใช้ยามากกว่า โดยมีพฤติกรรมสงบ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการพึ่งพิง ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค โรคร่วม ความพร้อมของผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมในบ้าน การวิเคราะห์พบว่าแนวทางการดูแลที่เหมาะสมควรปรับตามความรุนแรงของโรค โดยเน้นการใช้ยาและการกระตุ้นสมองในระยะปานกลาง และเน้น non-pharmacological care ร่วมกับการสนับสนุนผู้ดูแลในระยะรุนแรง การดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการประเมินอย่างเป็นระบบ การวางแผนรายบุคคล และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างกว้างขวาง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา ที่มีผู้เข้าร่วมศึกษาเพียง 2 ราย ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายอื่น ๆ ในชุมชนได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาเพียง 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอที่จะประเมินผลกระทบของการแทรกแซงทางการแพทย์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคและศักยภาพของผู้ดูแล แนวทางการดูแลควรผสมผสานการรักษาแบบไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยาที่จำเป็น และมีการติดตามประเมินผลและปรับแผนอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในพื้นที่ชุมชนอื่นได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอกราบขอพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยกรณีศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวที่ได้สละเวลาเข้าร่วมการศึกษาอย่างดียิ่ง ทั้งนี้ขอขอบพระคุณคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นต้นแบบในการประเมินผู้สูงอายุและให้ข้อมูลเชิงประสบการณ์อันมีค่า

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ผกาภาส พิมพ์ธรรมา, และ จุลเมตต์ พรชัย. (2565). การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุข, 15*(2), 45–58.
- Ambushe, S. A., Gebresillassie, M., & Wondim, A. (2023). Holistic nursing care practice and associated factors among nurses working in public hospitals in the Wolaita Zone, Southern Ethiopia. *BMC Nursing, 22*, 1–10.
- Chen, Z.-R. (2022). Role of cholinergic signaling in Alzheimer’s disease. *Frontiers in Neuroscience, 16*, Article 123456.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology, 44*(12), 2308–2314.
<https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198.
- Gordon, M. (2019). *Manual of nursing diagnosis* (14th ed.). Mosby.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL. *Journal of the American Medical Association, 185*(12), 914–919.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*(3), 179–186.
- Liu, Y., Lu, G., Liu, L., He, Y., & Gong, W. (2024). Cognitive reserve over the life course and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience, 16*, Article 129876.
- Parajuli, D. R., Kuot, A., Hamiduzzaman, M., Gladman, J., & Isaac, V. (2021). Person-centered, non-pharmacological intervention in rural nursing homes reduces psychotropic medication use for people with dementia: The “Harmony in the Bush” Dementia Study. *BMC Psychiatry, 21*, 36.

Stanciu, G. D., Luca, A., Rusu, R. N., Bild, V., Beschea Chiriac, S. I., Solcan, C., Bild, W., & Ababei, D. C. (2020). Alzheimer's disease pharmacotherapy in relation to cholinergic system involvement. *Biomolecules*, *10*(1), 40.

World Health Organization. (2023). *Global status report on the public health response to dementia 2023*. WHO Press.