# บทความวิชาการ:
# การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดที่บ้าน : กรณีศึกษา
# Nursing Care for Elderly with Vascular Dementia at Home: A Case Study

จินตนา กิ่งแก้ว[*] ณัฐธยาน์ บุญมาก[**] และสาวิกา โหรา[***]
Jintana Kingkaew[*] Natthaya Boonmark[**] and Sawika Hora[***]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา[*,**]
Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University[*,**]
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ เมืองศรีสะเกษ[***]
Subdistrict Health Promotion Hospital Thambol Pho, Maung Srisaket[***]
เบอร์โทรศัพท์ 09-1016-1998; Email: orjintana19@gmail.com[*]
วันที่รับ 3 ต.ค.2568; วันที่แก้ไข 10 พ.ย.2568; วันตอบรับ 26 พ.ย.2568

**บทคัดย่อ**

*ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆด้าน สาเหตุจากความเสื่อมสภาพของเนื้อสมอง ทำให้มีความบกพร่องทางความคิด ความจำ ความมีเหตุมีผล การตัดสินใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรมต่าง ๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการรักษาแบบประคับประคอง คงสภาพการใช้ชีวิตในการทำกิจวัตรด้วยตนเองให้นานที่สุด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นการดูแลระยะยาว โดยครอบครัวผู้ดูแลที่บ้านจะต้องเข้าใจและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล ทั้งในด้านพฤติกรรม ความจำ ความปลอดภัย รวมถึงความเครียดของผู้ดูแลที่นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษานี้เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตตามอัตภาพให้มากที่สุดทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล*

**คำสำคัญ :** ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง; การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

**Abstract**

*Dementia in the elderly is a significant problem affecting all aspects of daily life. It results from the degeneration of brain tissue, Causes cognitive impairments, memory, reasoning, decision-making, mood, personality, and various behaviors. This impacts daily living. The treatment for dementia is supportive care, aimed at maintaining the ability to perform daily activities independently for as long as possible. Caring for elderly people with dementia is long-term care. Family caregivers at home must understand and face various challenges in care, including behavioral issues, memory problems, safety concerns, and caregiver stress leading to burnout. This article aims to provide knowledge and understanding in caring for elderly people with dementia at home using the nursing process from a case study. The goal is to maintain the quality of life to the greatest extent possible for both the elderly and the caregivers.*

**Keywords :** Vascular Dementia; Home Care for the Elderly.

**บทนำ**

ในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุร้อยละ 14.2 ซึ่งคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.77 ซึ่งใกล้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว[1] ทั้งนี้สัดส่วนการพึ่งพาก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งการพึ่งพาของผู้สูงอายุนั้นมาจากหลายสาเหตุและหนึ่งในนั้นคือภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นความผิดปกติของเนื้อสมอง ที่มีสาเหตุหลายประการส่งผลด้านความคิด ความจำความสามารถด้านต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกในปี 2564 มีจำนวน 57 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 139 ล้านคนทั่วโลกในปี 2593[2] สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.0 ช่วงอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.70 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 32.5[3]

ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง การเรียนรู้ ความจำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีสาเหตุได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นสาเหตุหลักของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือด (vascular dementia) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน หลอดเลือดแตก ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) โรคเรื้อรังและภาวะอักเสบของสมองเช่น โรคสมองอักเสบที่เกิดจากสารพิษ หรือติดเชื้อเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และขาดการออกกำลังกาย พันธุกรรม อายุที่มากขึ้น

สำหรับคำนิยามของภาวะสมองเสื่อมจากเดิม นิยามศัพท์ใช้คำว่า Dementia ในปัจจุบันใช้คำว่า Neurocognitive disorder (NCD)[4] ซึ่งใช้เกณฑ์ DSM-5 ได้แก่ 1)การทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ลดลงจากเดิมชัดเจน 2) ถ้าเป็น Major NCD จะมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 3) อาการไม่ได้อยู่ในช่วงอาการเพ้อ (delirium) และ 4) อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวช โดยภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้า ๆ โดยแบ่งการดำเนินของโรค[5] ดังนี้

1. Mild Cognitive Impairment คือการรู้คิดบกพร่องเช่น การเรียนรู้ ความจำ การใช้ภาษา การบริหารจัดการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้าสังคมหรือการทำงาน ไม่สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน[5-6] ระยะนี้ประมาณ 7-10 ปี และนำไปสู่การเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม

2. early dementia เป็นระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย ไม่สามารถตัดสินใจ คิดในเรื่องที่ซับซ้อนได้ เช่น การวางแผน การคำนวณ การเดินทาง เป็นต้น

3. moderate dementia. เป็นระยะสมองเสื่อมปานกลาง ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน เช่น ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ บางครั้งไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร การแต่งกายอาจต้องช่วยเลือกให้ อาจพบปัญหาทางจิตเวชได้ เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ จะมีโมโหร้าย วุ่นวาย ไม่นอน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

4. severe or advanced dementia เป็นสมองเสื่อมในระยะรุนแรง โดยมีกลุ่มอาการของ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) เช่นอาการหลงผิด (delusion) พฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behavior) อาการกระวนกระวาย (agitation)

5. severe dementia เป็นระยะสุดท้ายจะไม่พูด ควบคุมหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ เดินไม่ได้ ส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงทั้งนี้ จากการดำเนินของโรคแบ่งอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมเป็น 3 ระยะ[6] ดังนี้

1. eary stage เป็นอาการระยะแรกจะเริ่มด้วยปัญหาความจำ จะมีหลงลืม แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือยังใช้ชีวิตเป็นปกติ

2. middle stage มีปัญหาด้านการใช้ภาษาด้านอารมณ์ การเข้าสังคม ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะพบได้สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี

3. late stage จะมีอาการทางจิตได้แก่อาการหวาดระแวง จำใครไม่ได้ พูดไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ด้วยตนเอง

สำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อม[7] แบ่งเป็นแบบใช้ยากับไม่ใช้ยา โดยการดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยด้วย เช่นระยะของโรค ความสามารถในการเรียนรู้ พฤติกรรมอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์สถานที่ เป็นต้น รูปแบบการรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ (1) การรักษาที่เน้นการรับรู้ (cognition-oriented) เน้นการให้รับรู้วันเวลาสถานที่ฝึกความจำหน้าคน แต่งตัว วาดภาพ หรือกิจกรรม อื่น ๆ ที่เน้นการเคลื่อนไหวและการรับรู้ (2) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotional-oriented) เน้นกิจกรรมที่กระตุ้นความจำและอารมณ์ เช่นการทำจิตบำบัด ผสมผสานการรับรู้กับการแสดงออกทางอารมณ์ (3) การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) เช่นกิจกรรมสันทนาการ การเล่นเกมส์ ดนตรีบำบัด หรืองานศิลปะเป็นต้น (4) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) เช่น การชื่นชม การให้รางวัลเป็นต้น กิจกรรมที่เน้นการเบี่ยงเบนความสนใจในกรณีผู้ป่วยมีความก้าวร้าว (5) การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เช่น การทำจิตบำบัด การทำกลุ่มให้กำลังใจผู้ดูแล หรือเปลี่ยนผู้ดูแลชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนบ้าง (6) การรักษาโดยการใช้ยาซึ่งการใช้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัญหาต่าง ๆ ในตัวผู้ป่วยเช่นพฤติกรรมอารมณ์ ไม่นอน เป็นต้น

**การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน**

ในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (nursing Plan) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลทางการพยาบาล (evaluation) ซึ่งในแต่ระยะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความจำเพาะและความแตกต่างกันไปด้วยปัจจัยที่เกี่ยว การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) ประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งก็คือการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการประเมิน[8,11] ดังนี้

Activity Daily of living เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ว่ายังสามารถทำได้หรือไม่ ซึ่งใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผมแปลงฟัน การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การปัสสาวะอุจจาระ โดยคะแนนเต็ม 20 คะแนน ระดับคะแนน 0-4 เป็นการพึ่งพาแบบสมบูรณ์ 5-8 คะแนนพึ่งพาสูง 9-11 พึ่งพาปานกลาง และ 12-20 ไม่พึ่งพา

Behavioral and psychological symptoms of dementia เป็นการประเมินด้านพฤติกรรมอาการทางจิต

Cognitive ได้แก่ การประเมินการรู้คิด ได้แก่ (1) การเรียนรู้และความจำ (2) การใส่ใจหรือสมาธิจดจ่อลดลงรวมถึงความรวดเร็วใน การตัดสินใจ (3) การใช้คำพูด ภาษาและการสื่อสาร (4) การวางแผนการจัดการ การยับยั้งชั่งใจในการตอบสนอง ความยืดหยุ่นเป็นต้น (5) เป็นการรับรู้และประสานงานกับการเคลื่อนไหวทิศทาง กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรงและ (6) การรู้คิดทางสังคม เช่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม[9]

drug ประเมินเรื่องของการใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผล

environment การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมว่าเอื้อต่อการอยู่อาศัยหรือปลอดภัยหรือไม่

family and caregiver ประเมินด้านครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งปัญหาและภาระด้านการดูแลผู้ป่วย

goal เป็นการประเมินเรื่องของการรับรู้แผนการ เป้าหมายของการดูแลและผู้ดูแล

health สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย

legal ประเมินด้านสิทธิ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

money ประเมินด้านทางการเงินของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อประเมินและลดภาระค่าใช้จ่าย

network ประเมินระบบด้านการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนผู้ดูแล

การประเมินดังกล่าวใช้หลักการ A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N ครอบคลุมในทุกมิติ[7] ทั้งผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ข้อมูลพื้นฐานทั้งหมดจะนำไปใช้ในการหาปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยต่อไปได้ ซึ่งในการประเมินนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์และประสบการณ์ของพยาบาลเอง

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) โดยการสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมินเพื่อกำหนดปัญหา ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องระยะ อาการของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ[11] เช่น โภชนาการอาหารน้ำยาสิ่งแวดล้อมรวมถึงครอบครัว สภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยเอื้อต่าง ๆ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การชี้แนะ การทำให้ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง[12]

5. การประเมินผลทางการพยาบาล

**แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**

**ทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy's Adaptation Model)** [13] แนวคิดคือมนุษย์เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีสิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้น เกิดการตอบสนองและปรับตัวโดยองค์ประกอบของระบบได้แก่ สิ่งเร้า (stimuli) สิ่งที่เข้ามากระทบ ทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอก มีกลไกควบคุมและปรับตัว (control and adaptive process) การประมวลผลสิ่งเร้าของบุคคล เกิดเป็นผลลัพธ์ (outputs) พฤติกรรมการปรับตัวที่แสดงออกมาให้เห็น การปรับตัวตามทฤษฎีของรอย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการตอบสนองทางกายภาพ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย (2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการรับรู้ตนเองทั้งในด้านภาพลักษณ์ ความคิด ความเชื่อมั่นในตนเอง (3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนด และ (4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode) การปรับความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ผลกระทบจากความเสื่อมของสมองทำให้การถดถอยในทุกด้าน ได้แก่ เป็นความคิด ความจำ การตัดสินใจ ทำให้การดำเนินชีวิตมีความผิดปกติไม่สมดุล ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ไม่สามารถเลือกและรับประทานอาหารได้เอง หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่อาหารรับประทาน ไม่สามารถหาดื่มน้ำได้ด้วยตนเอง การขับถ่ายที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือบอกได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นไปที่ส่งเสริมให้ใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยไม่สามารถคิดและควบคุมตนเองได้ การแสดงออกไม่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ การแต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ จนถึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ระยะแรกผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ไม่ยอมรับและเกิดความโต้แย้ง การดูแลผู้ป่วยคือผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจและช่วยเลือกเสื้อผ้าการแต่งกายที่เหมาะสม ไม่โต้แย้งผู้ป่วย ผู้ดูแลพูดด้วยโทนเสียงนุ่มนวลขณะพูดมองตาผู้ป่วยและพูดช้า ๆ ในด้านบทบาทจากเดิมคือเป็นภรรยาเป็นแม่ เป็นยาย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวได้แล้วนั้นได้กลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำหรับด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การปรับความสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยไม่อาจเข้าใจกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลผิดไป การปรับตัวจึงเป็นผู้ดูแลที่ต้องปรับตัวด้านนี้มากกว่าผู้ป่วยได้แก่ ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อให้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพี่น้อง ภาระงานหน้าที่ในครอบครัว งานประจำและการพึ่งพาอาศัยกันในระดับที่เหมาะสม ไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรับภาระปัญหาแต่เพียงฝ่ายเดียว ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ตามบทบาทการปฏิบัติของแต่ละคน

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ของกรณีศึกษานี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวในส่วนที่พอทำได้และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้มากที่สุดเน้นไปที่กิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองให้มากที่สุด เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ความปลอดภัย และเป้าหมายสำหรับผู้ดูแลคือสุขภาพกายและใจต้องแข็งแรงไม่เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย หมดไฟ จากการดูแล

ซึ่งหากเกิดภาวะดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ในเรื่องของการจัดการปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าได้ เนื่องจากพัฒนาการของโรค แต่สิ่งที่ทำได้คือลดผลกระทบอันจะเกิดขึ้น และส่งเสริมการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจพัฒนาการของโรคและการดูแลในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละปัญหา ผู้ดูแลหลักจะต้องกล้าที่จะพูดและแสดงเจตนารมย์ที่ชัดเจน เป้าหมายของการดูแล รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลคนอื่นได้เข้าใจ และแบ่งภาระงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกันอย่างชัดเจน

การประเมินผลปรับตัวของผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วยการดำเนินชีวิตประจำวันพอประคับประคองมาได้ แต่พอเข้าช่วงระยะกลางและระยะท้ายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นปกติได้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล และการปรับตัวของผู้ดูแลทั้งผู้ดูแลหลักผู้ดูแลรองการปรับตัวในระยะแรกเกิดความกดดันเหนื่อยหน่าย ทั้งปัญหาจากญาติที่ไม่ได้ดูแล คนนอกบ้านที่มาเกี่ยวข้อง ผู้แสวงหาผลประโยชน์จากการเจ็บป่วย ประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่ดีที่สุดคือสามีผู้ป่วยเริ่มยอมรับว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจากภาวะสมองเสื่อม เข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลลดความกดดันความลำบากใจจากการกระทำที่เบี่ยงเบนไปทางไสยศาสตร์ และอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ต่อไปนี้จะเป็นข้อมูลของกรณีศึกษาและปัญหาทางการพยาบาลได้จากการประเมิน

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิง อายุ 82 ปี สถานภาพสมรส อยู่กับสามีอายุ 90 ปีป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มีบุตร 6 คน แยกย้ายมีครอบครัว อยู่กับบุตรสาวคนเล็กและบุตรเขย สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ

**ประวัติทางการพยาบาลและการรักษา**

**อาการสำคัญ** พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่นอน

**ประวัติการเจ็บป่วย** ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ เมื่อ 10 ปีก่อน เริ่มด้วยมีอาการหลงลืม จำในสิ่งที่พูดบอก หรือคุยกันไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขี้โมโหบ่น ต่อว่าด้วยคำหยาบคาย บ่อยครั้งที่ ผู้ป่วยพูดกับบุคคลอื่น หรือบุตรอีกคน เช่น “เขาไปไหนก็ไม่บอก ปล่อยให้อยู่คนเดียว” ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องถูกต่อว่าจากบุตร/ญาติ สิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งกัน โกรธ ทะเลาะกัน ระหว่างผู้ดูแลซึ่งคือบุตร กับพี่น้องเกิดขึ้น และมีแผลเกิดในใจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก ในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะแรกนี้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาด้านโภชนาการ การเจ็บป่วย สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ซึ่งผู้ดูแล มีความเครียดและความเหนื่อยหน่าย เป็นระยะ

5 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายสับสน โดยเฉพาะในช่วงบ่ายถึงเย็น จะมีอาการบ่น พ้อ ต่อว่า บางทีนั่งร้องไห้ ด่าว่าคนไปทั่ว จึงได้มาโรงพยาบาลและนอนโรงพยาบาลอยู่ 2 สัปดาห์ รักษาในทางของการติดเชื้อ อาการดีขึ้น มาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ซึ่งในการนอน รพ.ครั้งนี้ได้ทำ CT scan และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Vascular Dementia จำหน่ายกลับบ้าน อาการหลงลืมมากขึ้น ก้าวร้าว การคิดการกระทำไม่สมเหตุสมผลไม่รับรู้เรื่องเวลาและบุคคลในบางครั้ง ได้ส่งปรึกษาทางจิตเวช และได้รับยาปรับอารมณ์ และยาช่วยให้หลับ ซึ่งในช่วงนี้ ผู้ดูแลได้สังเกตอาการ ช่วงเวลา เพื่อนำข้อมูลมาพบหมออยู่ตลอดไม่เคยขาดยา ปัญหาของผู้ดูแลมีความเครียด นอนไม่หลับบางวันผู้ป่วยไม่นอนกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้นอนเช่นกัน

2 ปีก่อน มีอาการหลงลืมมากขึ้น เปิดน้ำทิ้งจนอุปกรณ์ไหม้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ ทำกิจวัตรส่วนตัวพอได้ แต่ความคิดเป็นเหตุเป็นผลไม่มี การกระทำจะซ้ำ ๆ ในสิ่งที่เคยทำ คือการเก็บผักในสวน การถอนหน้าในสวนรอบบ้าน แล้วขนเข้าบ้าน เข้าห้องนอน และมีพูดคนเดียว บางครั้งเห็นภาพหลอน อาการดังกล่าวพบแพทย์เดือนละครั้งเพื่อปรับยา ซึ่งยาที่ได้ เป็นกลุ่มยาบำรุงสมอง ยาวิตามิน ยาปรับอารมณ์ ยานอนหลับ และคงสภาพการดูแลมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหนึ่งปีให้หลังญาติมารับยาแทนเนื่องจากความไม่สะดวก

1 เดือนก่อน มีอาการตัวแข็ง คำพูดสื่อความหมายไม่ได้ เป็นคำพูดถึงเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตในบางตอน เก็บและหักกิ่งไม้ ใบไม้เข้ามาในบ้าน จนต้นไม้รอบบ้านเหลือแต่ลำต้น เก็บสิ่งของต่าง ๆ ที่วาง ไม่ว่าจะเป็นรองเท้า พรมเช็ดเท้า เก็บไปไว้ที่นอน หรือซุกไว้ตามมุมต่าง ๆ ในบ้าน

1 สัปดาห์ก่อน การเดินจะมีเซ และล้ม ตัวแข็งเดินคล้ายหุ่นยนต์ การกลืนมีสำลัก พูดสื่อสารไม่รู้เรื่อง ต้องสังเกตอาการและพฤติกรรม บางครั้งจำเป็นต้องผูกมัด เนื่องจากช่วงกลางวันผู้ป่วยอยู่กับสามี และมีลูกสาวผู้ดูแลรอง มาป้อนอาหารในช่วงกลางวัน

**ประวัติทางสุขภาพของครอบครัว** ผู้ป่วยมีพี่น้องจำนวน 11 คน เสียชีวิตหมดแล้ว มีพี่สาว 2 คนที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคสมองเสื่อม จากการสำลักอาหาร

**ความสามารถของผู้ป่วยและการตรวจร่างกาย** กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ จะต้องทำให้ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การอาบน้ำ ล้างหน้า ทำความสะอาดปากฟัน ใส่เสื้อผ้า หวีผม รับประทานอาหาร และไม่เข้าใจในสิ่งที่เราบอกให้ทำ เช่น ยกแขน ยกขา เป็นต้น

**การตรวจร่างกาย (physical examination)** ประเมินสภาพทั่วไป (general appearances: GA) หญิงไทยสูงอายุรูปร่างผอม ผิวคล้ำ สีหน้านิ่ง ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ การมองเห็นปกติ เปลือกตาซีดเล็กน้อย มีฟันเหลือ 2 ซี่ ด้านล่างเป็นฟันฉีก กลืนอาหารได้มีสำลักบางครั้ง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ท้องมีรอยแผลผ่าตัดทำหมัน บอกเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ จะปัสสาวะอุจจาระราด การเดินการทรงตัว เดิน ลุกได้เองลำตัวตรง มีเดินเซบางครั้ง สำหรับการนอนผู้ป่วยนอนได้เนื่องจากได้รับยาช่วยในการนอน ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมนี้น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 39-41 กิโลกรัม

ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ป่วยมีบุตร 6 คน บุตรคนที่ 6 เป็นผู้ดูแลหลักอยู่บ้านด้วยกัน กลางวันทำงานประจำ ช่วงกลางวันมีบุตรสาวคนแรกกับคนที่ 2 สลับกันมาดูที่บ้านเป็นระยะ แต่ไม่ได้เฝ้าตลอด ผู้ป่วยอยู่กับสามี สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง มีห้องแยกส่วนตัว ภายนอกบ้านเป็นรั้วกำแพงกึ่งลวดหนาม

**ตาราง 1** แสดงยาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน

| รายการยา | ข้อบ่งชี้ | ผลข้างเคียง |
|---|---|---|
| Omeprazole (20) 1x1 oral ac | ลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร | ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน |
| Donepezil hydrochloride (10) 1x1 pc | รักษาประคับประคองโรคสมองเสื่อม | นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เดินเซ ท้องเสีย อ่อนเพลีย |
| Quetiapine Fumarate (25) 1x3 pc ช ย hs | รักษาโรคจิต ชนิด atypical | มึนงง ง่วงนอน ง่วงซึม ท้องผูก เบื่ออาหาร |
| Sertraline (50) 1 tab hs | ยาต้านเศร้าในกลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ใช้รักษาโรคซึมเศร้า, โรควิตกกังวล, โรคแพนิค, โรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) | คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ โซเดียมในเลือดต่ำ ท้องเสีย |
| Trazodone (50) ½ x 1 hs | ยาต้านเศร้า ลดความวิตกกังวล | คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เลือดออกในทางเดินอาหาร |
| Vitamin B Complex 1x2 pc | วิตามินรวม บำรุงประสาทและสมอง | ไม่สบายท้อง ผื่นคัน ท้องผูก อาเจียน |
| Lorazepam (1) 1 tab hs c prn | คลายกังวล คลายเครียด | เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย สับสน |

**จากข้อมูลกรณีศึกษานำมาประเมิน โดยใช้หลักการประเมิน A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N [7,10] ได้ดังนี้**

การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผลการประเมินรวม 6 คะแนน ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรง (low initial score, severe dependence) [14]

Behavioral and neuropsychiatric symptoms (BPSD) ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว เดินได้เอง ลักษณะการเดินตัวแข็ง ๆ เดินหยิบจับของไปเรื่อยไม่ทราบจุดประสงค์หรือ จุดหมายปลายทาง จำทางไม่ได้แยกแยะสิ่งของไม่ได้เช่น ไฟร้อนเย็น เค็ม บุคคล เวลา สถานที่ ภาวะโภชนาการผอม ซีด เล็กน้อย อาหารต้องป้อนและมีสำลักบางครั้ง บอกความต้องการไม่ได้บอกและควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ สำหรับอาการทางจิตพูดคนเดียว มีร้องให้ พร่ำบ่น ต่อว่า บางครั้งก้าวร้าวต่อต้านการดูแล

Cognitive ไม่สามารถเรียนรู้และจำ ใส่ใจจดจ่อ การตัดสินใจไม่ได้ พูดไม่เป็นประโยคที่เข้าใจไม่ได้การสื่อสารไม่เข้าใจ ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ถามหรือเหตุการณ์ ไม่สามารถวางแผน/จัดการ สิ่งใดได้ การรับรู้และประสานงานกับการเคลื่อนไหวทิศทางมีความสัมพันธ์กัน กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และ

พฤติกรรมของตนเองได้ เช่น ถอดเสื้อผ้าในที่โล่งแจ้ง หากห้ามกระทำผู้ป่วยจะหงุดหงิดก้าวร้าว ผลการประเมิน Mini Mental State Examination 2002 ได้คะแนนเป็น 0 แปลผลคือ มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง และเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย [15]

Drug ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารจัดการหรือรับประทานยาเองได้ แต่ผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ซึ่งยาที่ได้เป็นยาบำรุงสมอง ยาวิตามิน ยาปรับพฤติกรรมอารมณ์และยาช่วยให้นอนหลับ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่ขาดยา

Environment ภายในบ้านจัดสิ่งของเป็นระเบียบ แสงไฟสว่างเห็นได้ชัด พื้นบ้านเป็นกระเบื้องเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ห้องน้ำมีราวจับพรมเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำไม่มี เสี่ยงต่อการลื่นล้ม ห้องครัวไม่มีประตูปิด ผู้ป่วยรื้อของในห้องครัว มีเตาแก๊สที่อาจเป็นอันตราย หยิบสิ่งของที่เป็นอันตรายเข้าปากได้ ภายนอกและรอบบ้านเป็นสนามหญ้า มีต้นไม้ รอบๆ รั้วบ้านไม่แข็งแรงเป็นลวดหนามที่อาจมุดลอดออกไปนอกบ้านได้ ข้างบ้านเป็นถนนคอนกรีต รถวิ่งผ่านซึ่งใช้ความเร็วพอสมควร และมีคลองเรียบถนนคอนกรีต มีความลึกประมาณ 3 เมตร น้ำเกือบถึงริมฝั่งคลอง ชุมชนที่อยู่อาศัยเป็นเครือญาติ หรือรู้จักกันเกือบทั้งหมู่บ้าน

Family and Caregivers ครอบครัวอยู่ด้วยกันทั้งหมด4คนคือผู้ป่วยสามีบุตรสาวและบุตรเขยซึ่งบุตรสาวที่อยู่ด้วยเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรองมี 3 คน สลับเวรกัน ซึ่งช่วงแรกมีปัญหาการดูแลคือ ผู้ดูแลหลักมีความเหนื่อยหน่าย จากทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร่วมกับการขาดการช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งได้เกิดความขัดแย้งในระหว่างพี่น้อง

goal ทางผู้ดูแลหลักเข้าใจและรับรู้ปัญหา แต่ยังไม่สามารถสื่อสารเพื่อให้พี่น้องที่เหลือได้เข้าใจและตัดสินใจร่วมกันได้ทุกคน

health จากการประเมินผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการเดิน หยิบจับสิ่งของเข้าปาก เสี่ยงต่อการเดินออกจากบ้านหลงทาง เสี่ยงต่อการหกล้ม

legal เสี่ยงต่อการถูกล่อลวง ถูกหลอก สิทธิการรักษาใช้ประกันสุขภาพ

money ผู้ดูแลหลักรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มได้แก่นม ผ้าอ้อม ซึ่งมีบุตรอีกคนที่ไม่ได้ดูแลแต่ช่วยส่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

network ไม่ได้ใช้ระบบสนับสนุนในการช่วยเหลือหรือดูแล แต่ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

**แผนการพยาบาลกรณีศึกษา**

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ป่วยบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน : ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของตนเองได้ทุกอย่าง ADLs 6 คะแนน ในภาวะพึ่งพารุนแรง

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุดแม้จะต้องการให้ช่วย

2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องง่าย ๆพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล พูด

ทีละคำ ชัดเจน ขณะพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหน้าและฟังคำพูด ไม่พูดประโยคที่ยาว สิ่งของต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน จัดเป็นหมวดหมู่ หยิบง่าย ไม่ใช้อะไรซับซ้อนหรือเยอะ หากสามารถรวบสิ่งที่ใช้ร่วมกันได้ จะลดภาวะค่าใช้จ่ายเช่น แชมพู สบู่ อาจรวบเป็นครีมอาบน้ำที่สามารถใช้สระผมได้ ไม่แนะนำให้ใช้สบู่ก้อน เนื่องจากอาการหลงผิดอาจทำให้ผู้ป่วยหยิบกินได้และขยะใช้สบู่ก้อน จะหลุดมือ ต้องก้มเงยในการหยิบ ทำให้ไม่สะดวกหรือเกิดอาการวูบขณะก้มเงยได้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลและระวังอุบัติเหตุ ขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นลื่นล้ม

การประเมินผลผู้ป่วยฟังแต่ไม่ทำตามที่บอกได้เนื่องจากไม่เข้าใจ มีหงุดหงิดต่อต้านในขณะอาบน้ำ ยกแขนใส่เสื้อทีละข้างได้ แต่ใส่เองไม่ได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ป่วยเห็นภาพหลอน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมุดใต้เตียงและชี้ไปทางประตู หน้าต่าง หรือเงาสิ่งต่าง ๆ ว่ากลัว แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล หาสาเหตุของการเห็นภาพหลอน หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดเช่น ประตูหน้าต่างเปิด เงามืดของสิ่งของต่าง ๆ ในห้องนอน ในบ้าน พิจารณาร่วมกับอาการอื่นเช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีอาการสับสนเฉียบพลันร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเป็นเรื่องของ การติดเชื้อ สำหรับผู้ป่วยรายนี้สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการสับสน แต่เป็นการรู้คิดบกพร่องและความทรงจำอันเก่าที่เคยมีประวัติโจรเข้าบ้านช่วงเย็นค่ำตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นเด็ก จากคำบอกเล่าของบุตรสาวคนโตว่าแม่เล่าให้ฟังเมื่อยังไม่ป่วย แนะนำและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวลและชี้ให้เห็นความเป็นจริงว่าไม่มี และเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน สังเกตพฤติกรรมว่ามีแนวโน้มที่อาจไปทำอันตรายบุคคลอื่นหรือไม่ และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งของมีคมที่สามารถหยิบมาทำร้ายบุคคลอื่นได้

การประเมินผล ญาติจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดอาการได้แก่ ปิดประตูหน้าต่าง ไม่แขวนเสื้อผ้าให้นอน จัดที่นอนให้อยู่ในห้องและให้สามีผู้ป่วยอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่บุตรสาวทำอาหารเย็น เพราะผู้ป่วยจะมีอาการช่วงบ่ายถึงเย็น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ป่วยเดินวุ่นวาย พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ไม่นอน

ข้อมูลสนับสนุน เดินไร้จุดหมาย เมื่อขัดใจ/ห้ามในสิ่งที่ทำ จะอารมณ์รุนแรงฉุนเฉียว มีด่าทอผู้ดูแล บ่นพร่ำ ไม่นอนเดินวุ่นวายทั้งกลางวันและกลางคืน

วัตถุประสงค์ ลดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล กรณีมีความเสี่ยงเดินหลง หรือหลุดออกนอกบ้านให้ติดป้ายชื่อหรืออุปกรณ์ติดตามตัว ทำประตูบ้านเพื่อป้องกันการเดินหลงออกจากบ้าน ผู้ดูแลอยู่ด้วยและพาทำกิจกรรมต่างๆ เช่นดูรูปภาพ ฟังเพลง เป็นต้น พฤติกรรมก้าวร้าวให้ฟังผู้ป่วยโดยไม่ต้องพูดคัดค้านหรือขัดแย้งผู้ป่วย พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สายตาเป็นมิตร เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปเรื่องอื่น เช่น เปิดเพลง บทสวดมนต์ เป็นต้น ไม่ให้ผู้ป่วยนอนกลางวัน และพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อปรับยาในลำดับถัดไป

การประเมินผล ในเรื่องของพฤติกรรม

การเดินวนไปเรื่อยเมื่อมีผู้ดูแลอยู่ด้วยและนั่งเป็นเพื่อน พฤติกรรมการเดินวนลดลง และหลังจากรับยาเพิ่มในเรื่องอารมณ์และพฤติกรรม การนอนผู้ป่วยก้าวร้าวลดลง นอนกลางคืนได้มากขึ้น ไม่ตื่นขึ้นมาเดินวุ่นวายเหมือนเดิม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ป่วยการรู้คิดบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน ลืมประวัติตนเอง ลืมวัน เวลาสถานที่ บุคคล ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์ ชะลอความเสื่อมของสมองและคงสภาพไว้ให้นานที่สุด

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้กับผู้ดูแลทุกคนที่เกี่ยวข้องเพื่อความเข้าใจตรงกันของญาติทุกคน เกี่ยวกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ยาเป็นเพียงการช่วยชะลอ ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเน้นให้ทำเองให้มากที่สุด กระตุ้นการเรียนรู้ ชักชวนพูดคุย พาทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบเช่น การเก็บผัก ทำความสะอาดกวาดบ้าน พับเก็บเสื้อผ้า เป็นต้น และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีความสำคัญต่อโครงสร้างของสมองโดยคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพในแต่ละวัน[11] ทั้งนี้การกินและกลืนในผู้ป่วยอาจเสี่ยงทำให้ขาดสารอาหารและเสี่ยงต่อการสำลักและให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยสื่อสารไม่เข้าใจ เรียกผู้คน สิ่งของไม่ถูก สื่อสารไม่เป็นประโยคที่เข้าใจได้ ญาติพาทำกิจกรรมที่คุ้นเคยบ้างในวันหยุด แต่ช่วงระหว่างวันทำการผู้ป่วยอยู่กับสามี ปล่อยให้เดินไปในบ้านและรอบบ้าน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สามารถจำยาหรือรับประทานยาได้เอง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และญาติผู้ดูแลหลักและรองสามารถให้ยาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ดูแลหลักต้องอธิบายให้ญาติผู้เกี่ยวข้องทุกคนเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยอมรับสภาพของโรคให้ได้ ซึ่งในระยะแรกสามี บุตรสาวคนโตและคนรองไม่ยอมรับ เชื่อว่าเกิดจากภูติผี ปีศาจ ได้จัดทำพิธีกรรมต่าง ๆ มากมาย ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างพี่น้องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งพิธีกรรมต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ให้ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียดมาก ได้แก่ การเฆี่ยนตีผู้ป่วย การเป่าด้วยน้ำลาย การกระทำดังกล่าวจะทำตอนผู้ดูแลหลักมาทำงานซึ่งผู้ป่วยอยู่กับผู้ดูแลรอง พิธีไล่ผีจากบ้านที่ต้องให้คนแปลกหน้าขึ้นบ้าน เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างพี่น้อง จากความเชื่อทางวิทยาศาสตร์กับไสยศาสตร์ขัดกันอย่างรุนแรง เหตุการณ์ดังกล่าว ถูกระงับด้วยการปล่อยวางของอีกฝ่ายคือผู้ดูแลหลักเนื่องจากไม่สามารถลบล้างความเชื่อได้ เพียงแค่ป้องกันไม่เกิดการทำร้ายผู้ป่วย และเป็นตราบาปมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับการบริหารยาผู้ดูแลหลักจัดยาใส่กล่อง เขียนป้ายบอกชัดเจนว่ารับประทานอย่างไร เวลาไหน โดยมอบหมายให้ผู้ดูแลรองได้บริหารยาให้ ช่วงแรกผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา มาช่วงหลัง ๆ เริ่มได้รับยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา จะต้องใส่ยาในอาหารที่ป้อน จึงทำให้การได้รับไม่ครบเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยเอง

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา ซึ่งวางแผนต่อไปคือการบริหารยา

และมอบหมายหน้าที่ชัดเจนว่าใครให้ไม่ให้และติดตามเป็นระยะ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** เสี่ยงต่อการเดินหลงและเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกไม่ปลอดภัย ได้แก่ ภายในบ้านพื้นกระเบื้อง เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้ มีปลักไฟอุปกรณ์ไฟฟ้าเช่น พัดลม ตู้เย็น กาน้ำร้อน เป็นต้น ภายนอกบ้านได้แก่ รอบบ้านหนึ่งฝั่งเป็นถนนคอนกรีต รถใช้ความเร็วในระดับหนึ่ง มีคลองที่มีน้ำความลึกท่วมศีรษะ กำแพงรอบบ้านเป็นครึ่งปูนอีกครึ่งเป็นลวดหนามที่สามารถลอดได้ ประตูบ้านบางครั้งผู้คนเข้าออกลืมปิดประตู สำหรับตัวผู้ป่วยเองมีอาการกระวนกระวายในบางครั้ง หงุดหงิดนั่งหรือทำกิจกรรมไม่ได้จะลุกเดิน หยิบสิ่งของเข้าปากในบางครั้งโดยไม่ทราบว่าสิ่งนั้นเป็นอะไรหรือรับประทานได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุและไม่เดินหลงออกจากบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล เริ่มต้นด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ ติดหลอดไฟให้แสงสว่างในทุกมุมของบ้าน เก็บสิ่งของต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเป็นอันตราย ได้แก่ ของมีคม ยา สารเคมีต่าง ๆ เนื่องจากสามีผู้ป่วยและบุตรสาวคนที่สองมักผสมยาฆ่าแมลง ฆ่ามด แล้ววางไว้ ซึ่งต้องบอกทุกวันและผู้ดูแลต้องสำรวจและสังเกตสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ทุกวัน เก็บสิ่งต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายได้ รวมถึงหม้อหุงข้าวไฟฟ้า ต้องเก็บเนื่องจากผู้ป่วยเคยจะหุงข้าวแล้วนำน้ำเทใส่หม้อหุงข้าวที่ไม่ได้ใส่หม้อตัวใน นอกเหนือจากนั้นสามีผู้ป่วยมักจะวางสิ่งของมีคมไว้หลังจากการไปใช้กลับมา เช่นมีดเกี่ยว ซึ่งจะต้องตามเก็บและซ่อนอยู่บ่อยครั้ง สำหรับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำได้อย่างเดียวคือผู้ดูแลต้องอยู่กับผู้ป่วยเฝ้าระวังอุบัติเหตุ และไม่ใช้เดินออกนอกบ้านปิดประตูรั้วและสุดท้ายคือการผูกยึดผู้ป่วยไว้ภายในบ้าน ไม่ให้เดินออกนอกบ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายมีเดินหลงออกนอกบ้านแต่สามารถติดตามได้ทันเนื่องจากเพื่อนบ้านเรียกผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลรองและสามีผู้ป่วยจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้หน้าบ้านเนื่องจากควบคุมผู้ป่วยไม่ให้เดินไม่ได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้า (caregiver burden) และมีปัญหาสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน บุตรสาวผู้ดูแลหลัก ต้องทำงานกลางวัน ยังไม่สามารถที่จะลาออกมาดูแลได้ “เนื่องจากภาระค่าใช้จ่าย หรือหากต้องมาอยู่ด้วยทั้งวันน่าจะเครียดมากทีเดียว” จึงจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยอยู่กับสามี โดยมีผู้ดูแลรองมาช่วยดูแลในช่วงกลางวันแต่ไม่ได้อยู่ตลอด มาเป็นบางครั้งเวลารับประทานอาหาร อาบน้ำเป็นต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผ่อนคลายลดภาวะเครียด

กิจกรรมการพยาบาล ทางผู้ดูแลพยายามที่จะลดความรู้สึกการเป็นภาระ ความเครียด รู้สึกเป็นตราบาป ลดความขัดแย้งระหว่างพี่น้อง และไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยผู้ดูแลหลักทำความตกลงเรื่องการดูแล ผลัดเปลี่ยนกัน โดยกลางวันมีผู้ดูแลรองมาเป็นระยะ เนื่องด้วยว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ บางวันจ้างผู้ดูแลมาอยู่ด้วยทั้งวัน แต่สุดท้ายผู้ดูแลไม่สามารถมาได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลหลักก็ได้แจ้งบอกกล่าวผู้ดูแลรองเป็นระยะเรื่องปัญหาและการดูแลแต่ละช่วง ทั้งเน้นในเรื่องการให้ยาตาม

แผนการรักษาเพื่อป้องกันอารมณ์โมโหฉุนเฉียว ซึ่งมักเกิดในช่วงบ่ายและเย็น ทั้งนี้ผู้ดูแลหลักหลังเลิกงานต้องรีบกลับบ้านเพื่อรับช่วงต่อ และจัดการปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย

การประเมินผลผู้ดูแลหลักและรองสลับกันดูแล ทำให้ได้มีเวลาสลับพักบ้าง ความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

สุดท้ายบทความนี้แสดงให้เห็นถึงภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของกรณีศึกษาที่ลำดับไล่เรียง ปัญหาที่พบในแต่ละระยะและการดูแลรักษา ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติประสบการณ์ที่ได้ ทั้งในการประเมิน การแก้ปัญหา การรักษาขั้นต้น การดูแลระยะยาว การปรับตัว ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ครอบครัว การสื่อสาร ภาระค่าใช้จ่าย เป็นต้น นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพทางกายของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่ใช่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช มีความสำคัญมากหากผู้ดูแลหรือพยาบาล ไม่สามารถประเมินได้อาจทำให้การดูแลรักษาที่ล่าช้าหรือการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ การดูแลรักษาพยาบาลทั้งฝั่งกายและจิตต้องควบคู่กันการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งในเรื่องการเดินทาง เวลา ลดความแออัดโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้แล้วผู้สูงอายุมีความสบายใจ เมื่ออยู่กับสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมากกว่า

ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่บ้านสะท้อนถึงจิกซอเล็ก ๆ ที่สามารถแก้ปัญหาดูแลตนเองและครอบครัวได้ ลดภาระงานในสถานพยาบาล สามารถตอบโจทย์หรือยุทธศาสตร์ชาติด้านผู้สูงอายุ[16] ที่ว่า มุ่งเน้นการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยและนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

## สรุป

ภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม ผลที่ตามมาคือความบกพร่องในการใช้ชีวิตในทุก ๆ มิติของชีวิต ซึ่งผลกระทบจะทำให้การใช้ชีวิตต้องปรับเปลี่ยนเพื่อความอยู่รอด โดยเฉพาะครอบครัวและผู้ดูแล เพราะโรคสมองเสื่อมการรักษาคือ การประคับประคองให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้นานที่สุด แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ภาวะถดถอยก็ต้องเป็นไปตามระยะเวลาของธรรมชาติ หากครอบครัวสามารถพูดคุยปรับตัว เปิดใจกันในเรื่องการดูแล ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลก็จะไม่รู้สึกเป็นภาระหรือเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ สำหรับกรณีศึกษานี้ผู้เขียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงการดูแลเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี จนอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค สิ่งสำคัญคือสุขภาพกายใจของผู้ดูแล มีความสำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็ตาม และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและให้กำลังใจสำหรับผู้ดูแลทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

[1] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ธีระ สินเดชารักษ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566 กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.

[2] World Health Organization. Dementia. [online]. (2025). [cited 2025 October 18] http://https://www.who.int/news-room/

fact-sheets/detail/dementia

[3] กรมสุขภาพจิต. ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563

[4] Sukying j., Nakawiro D., Dementia in Psychiatry Ramathibodi Using DSM-5. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.

[5] Kostelnick C. Longterm Care Nursing Assistants. 8th ed. Iowa: Elsevier; 2020

[6] Imkome, E. Nurses in caring for older persons with dementia In Mental health and psychiatric nursing: Application to selected cases. 5th ed. Bangkok: Thammasat University Press; 2022.

[7] ภรัญวิทย์อนันต์ดิลกฤทธิ์. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(37) : 392-98.

[8] Poosri P., Booranarek S. Nursing Care for older persons with dementia using evidence-based care in caring. JOPN 2023; 16(2): 420-28.

[9] Limpawattana P., & Manjavong M. Mild cognitive impairment. Khon Kaen University Journal of Medicine 2020; 6(1): 25-35.

[10] Orem DE., Taylor SG., & Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

[11] Somkid M. Nursing Care of Nutrition Promotion among Older Persons with Cognitive Impairment. Christian University Journal 2020; 27(1) : 121-32.

[12] Srisuwan P. Holistic Care Plan for Dementia. KKU journal of Medicine 2018; 4(3): 27-35.

[13] Dewey J. Adaptation model of nursing. [online] EBSCO Information Services, Inc. [online]. (2023). [cited 2025 Nov 18] https:// www.ebsco.com/research-starters/ nursing-and-allied-health/ adaptation-model-nursing#full-article

[14] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี; 2544.

[15] Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index.” Maryland State Medical Journal 1965;14: 56-61.

[16] กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.