

กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: แผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

A Case Study: Holistic nursing care plans for dementia

ปิติพร สิริทิพากร

คลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Pitiporn Siritipakorn

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
Private Patient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital

Received: 9 April 2020
Revised: 2 May 2020
Accepted: 25 May 2020

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับอาการหลงลืม เพราะอาการหลงลืมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ คือสัญญาณเตือนถึงการเริ่มเข้าสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อม การละเลยและคิดว่าอาการหลงลืมเป็นอาการปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก การดำเนินโรคก็เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงอาการพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ และญาติไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกเป็นภาระ โดยเมื่อญาติเกิดความรู้สึกในทางลบดังที่กล่าวมา ย่อมนำมาซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลงและส่งผลย้อนกลับมาจากผู้ป่วยทำให้อาการของโรคที่ความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการนำเสนอกรณีศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลและการรับมือปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุกมิติ

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา การดูแลแบบองค์รวม

Abstract

Caring for persons with dementia should focus on forgetfulness because the forgetfulness is a warning sign of dementia. Neglecting and misunderstanding that forgetfulness is a normal symptom in the elderly is the main cause of delayed diagnosis. Therefore, most persons with dementia are not diagnosed at early onset until the disease progresses into stage 2, in which the patient shows behavioral and psychological symptoms and caregivers are unable to handle the problem, resulting in stress, stigma, and burden. When caregivers experience the negative feelings mentioned above, this could lead to reduced quality of care which affects patients to develop more severe symptoms. Therefore, this case study aims to reflect the problems, plan of care and how to handle the problem of the persons with dementia by cooperating with their family in the process in order to provide care plans in every dimension.

Keyword : dementia, case study, holistic care

ผู้รับผิดชอบบทความ

พว.ปิติพร สิริทิพากร

คลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Email: pitiporn.sir@gmail.com

Corresponding author

Pitiporn Siritipakorn

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine

Siriraj Hospital, Mahidol University

Private Patient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital

Email: pitiporn.sir@gmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มมากขึ้น ตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ในปี 2558 มีจำนวนประมาณ 600,000 คน และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น 1,117 ล้านคน และ 2,077 ล้านคน ในปี 2573 และ 2593¹ ทั้งนี้พบว่าเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด และพบภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับที่สองรองลงมา²

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้า ๆ อาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือปี ผู้ป่วยถึงจะแสดงอาการหลงลืมผิดปกติชัดเจน สามารถแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระดับเล็กน้อย (mild dementia) ผู้ป่วยจะมีความจำระยะสั้นหรือความจำที่เพิ่งเกิดขึ้นบกพร่องไป เช่น ลืมการสนทนาที่เพิ่งพูดไป ทำให้ผู้ป่วยจะพูดซ้ำ ๆ หรือถามซ้ำ ๆ ในคำถามที่ได้เคยถามไปแล้ว เป็นต้น แต่เหตุการณ์ในอดีตจะยังจำได้ดี บางรายอาจมีปัญหาในการใช้ภาษา คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกใช้คำได้ ไม่ถูกต้องหรือ เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ การตัดสินใจในระยะนี้ค่อนข้างดี และยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (moderate dementia) อาการลืมเหตุการณ์ปัจจุบันเป็นมากขึ้น จำสิ่งที่ได้ทำไปแล้วไม่ได้ อาการลืมส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้การดูแลตนเองบกพร่องลงไป เช่น ไม่อาบน้ำ รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน ญาติผู้ดูแลต้องเตือนเมื่อถึงเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล บางรายมีอาการซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีเห็นภาพหลอนหรือหูแว่ว และมีอาการหลงผิด หรือ หวาดระแวงได้ เช่น ระแวงว่าสามีหรือภรรยามีชู้ ระแวงว่าจะมีขโมย เป็นต้น เป็นระยะที่หากญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคในการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์เหล่านี้ อย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และทอดทิ้งผู้ป่วย หรือ ทำร้ายผู้ป่วยได้ และระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (severe dementia) ระยะนี้

เป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะแย่มาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำตัวเองและคนใกล้ตัวได้ เช่น บุตร สามีหรือภรรยา พุดน้อยลงหรือไม่พูดเลย ในที่สุดผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กลืนอาหารไม่ได้ นอนติดเตียง ต้องการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง^{2,3} ไม่ว่าจะเป็นภาวะสมองเสื่อมด้วยสาเหตุใดหรือระยะใดก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมไม่มากนักน้อย ขึ้นกับความสามารถในการดูแลของแต่ละครอบครัว เมื่อภาวะของโรคดำเนินไป ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยนอก ที่ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญ ในการให้ความรู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกปัญหาสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมในการดูแลของครอบครัว (assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) และการประเมินผลของการพยาบาล (nursing care evaluation)^{4,5} การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ซับซ้อน ไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วย แต่เพียงผู้เดียว แต่ต้องให้การดูแลญาติผู้ดูแล และครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกด้วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ถามประวัติของผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้การวางแผนให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นระบบ และง่ายต่อการจำ ในการประเมินแต่ละด้านเป็น A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวแบบองค์รวมของ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ⁶ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการประเมินแบบของศรัอมในด้านต่าง ๆ เป้าหมาย และแผนดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁶

ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
A Activities of daily living (ADLs) : ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ	ผู้ป่วยคงความสามารถเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ ในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้นานที่สุด	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุด เท่าที่ทำได้ ผู้ดูแลให้คอยช่วยเหลือตามความจำเป็น ^{2,7,8} - เผื่อระวังความปลอดภัยต่าง ๆ เช่น พลาดตกหกล้ม อันตรายจากของมีคม สารพิษ เป็นต้น ^{2,7}
B Behavioral and psychological problems (BPSD): ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	ลดการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยการไม่ใช้ยา และใช้ยา	การไม่ใช้ยา ให้ใช้เทคนิคต่าง ๆ จัดการปัญหา ได้แก่ การลดสิ่งกระตุ้น/สิ่งเร้า การปรับพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อม การเบี่ยงเบนความสนใจ การบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นต้น แนะนำให้เลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะสามารถลดปัญหาได้มากที่สุด ^{7,8,9} การใช้ยา แพทย์จะพิจารณาการใช้ยาเป็นราย ๆ ไป ซึ่งหลายปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยา เช่น ผู้ป่วยคือ เป็นต้น โดยยาที่มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics), ยาด้านเศร้า (antidepressants), ยา cholinesterase inhibitors (ChEIs) และ memantine และ ยากลุ่ม Mood stabilizers เช่น valproic acid, carbamazepine, , oxcarbamazepine, gabapentin, lithium ² - ติดตามการตอบสนองต่อยา และเข้าใจอาการที่อาจเป็นผลข้างเคียงของยา

ตารางที่ 1 แผนการประเมินแบบองค์รวมในด้านต่าง ๆ เป้าหมาย และแผนดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁶ (ต่อ)

ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
C Cognition: การรู้คิด	ชะลอความเสื่อมของการรู้คิด โดยการไม่ใช้ยา และแบบใช้ยา	การไม่ใช้ยา - การฝึกด้านการรู้คิด (cognitive intervention) ควบคู่ไปกับการกระตุ้นประสาทสัมผัส การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง โดยปกติมักจะทำเป็นกลุ่ม เพื่อเพิ่มทักษะทางสังคมร่วมด้วย (social function) เช่น การฝึกทักษะ ฝึกความจำ การมีกิจกรรมสันตนาการ เป็นต้น เพื่อคงความสามารถของสมองที่มีอยู่ ^{2,7,8} การใช้ยา ยาที่ใช้ในปัจจุบันมี 4 ชนิด มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำคือ donepezil, rivastigmine และ galantamine ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยับยั้ง cholinesterase และ memantine เป็นอีกกลุ่มที่ช่วยป้องกันเซลล์สมองถูกทำลายด้วย glutamate excitatory effect ² - เข้าใจและติดตามอาการที่อาจเป็นผลข้างเคียงของยา
D Drug: ยา	มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม	- ดูแลการให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ต่อเนื่อง
E Environment: สิ่งแวดล้อม	สภาพแวดล้อมปลอดภัย	- จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยทั้งภายในบ้าน นอกบ้าน และชุมชน
F Family & caregivers: ครอบครัว & ผู้ดูแล	ครอบครัว & ผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี	- ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป - การจัดการกับปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม
G Goal: การรับรู้เป้าหมายหรือแผนการในการดูแลผู้ป่วยดูแลสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล	มีการวางแผนเป้าหมายที่มีความเหมาะสม และเป็นไปได้	การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพ กับครอบครัว & ผู้ดูแล

ตารางที่ 1 แผนการประเมินแบบองค์รวมในด้านต่าง ๆ เป้าหมาย และแผนดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁶ (ต่อ)

ด้าน	เป้าหมาย	แผนการดูแล
H Health: ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย	มีการดูแลภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ และโรคร่วมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	- การดูแลภาวะสุขภาพทั่วไป โรคร่วม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย
L Legal: กฎหมาย	- ผู้ป่วยได้รับสิทธิต่าง ๆ ทางกฎหมายที่พึงได้รับ - ลดโอกาสเกิดปัญหาทางกฎหมาย	- ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ที่ควรได้ - มีการให้คำแนะนำด้านการทำธุรกรรม พันัยกรรม - การป้องกันโอกาสการเกิดปัญหาคดีอาญา และคดีแพ่ง
M Money: การเงิน ปัญหาหนี้สิน	- ลดภาระด้านการเงิน	- คำแนะนำที่เหมาะสม โดยมีการคำนึงถึงผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นด้วย
N Network: ระบบการดูแลผู้ป่วย และระบบสนับสนุนผู้ดูแล	มีระบบช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย และมีแหล่งสนับสนุนครอบครัว	- มีระบบและแหล่งสนับสนุน ติดตามการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี สถานภาพสมรส (แยกกันอยู่กับการหย่ามานานกว่า 10 ปีแล้ว) นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาอนุปริญญา อาชีพเดิม รับราชการ (ครู) ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯ อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล บุตรสาวจะแวะมาหาเป็นครั้งคราว สิทธิการรักษากรรมบัญญัติกลาง

ประวัติทางการแพทย์และการรักษา

อาการสำคัญ เห็นภาพหลอนว่ามีขโมยใช้ปืนยิงเข้าไปในบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วย (ได้จากบุตรสาว ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมมาตรวจ) ผู้ป่วยเริ่มมีหลงลืม ประมาณ 1-2 ปี โดยจำเรื่องที่คุยกันไม่ได้ ทำของหายและหาไม่เจอ สมาธิสั้น รอคอยไรนาน ๆ ไม่ได้ อารมณ์ฉุนเฉียวมากขึ้น (เดิมเป็นคนขี้เกรงใจ สุขภาพ ใจเย็น) บุตรสาวชวนผู้ป่วยไปตรวจ แต่ผู้ป่วยหงุดหงิด ไม่ยอมมาพบหมอ บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร สบายดี

3 เดือนก่อน ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร บอกว่ารับประทานแล้ว (เดิมผู้ป่วยจะซื้อรับประทานเอง บางมื้อทำกับข้าวง่าย ๆ เองได้) มีหน้ามืดเป็นลมจาก Hypoglycemia บุตรสาวสังเกตเห็นยาที่หมอสั่งให้เหลือ

จำนวนมาก จึงเชื่อว่าผู้ป่วยน่าจะลืมและทานยาไม่สม่ำเสมอ (ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคไต รักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน ปกติจัดยารับประทานเอง รายการยาจะกล่าวถึงในลำดับต่อไป เจาะเลือดปลายนิ้ว ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและชีดยาเบาหวานได้ด้วยตัวเอง)

เดิมดื่มเหล้าเมาทุกวัน ดื่มมานาน 50+ ปี ปริมาณ 1-2 ขวด เลิกมาได้ 1 ปี แต่ 2 เดือนมานี้กลับมาดื่มเบียร์ทุกวัน วันละ 2 กระป๋อง (ผู้ป่วยเดินไปซื้อเอง จากร้านใกล้บ้าน พอบุตรสาวแวะเวียนมาพบเห็นก็ห้าม ผู้ป่วยจะหงุดหงิดโมโหร้าย ใช้คำหยาบคาย ต่ำทอ ทำให้ทะเลาะกันบ่อยครั้ง)

ปกติผู้ป่วยจะอยู่บ้านสวนคนเดียว ภายหลังมีอาการหน้ามืดเป็นลม บุตรสาวจึงพาผู้ป่วยย้ายมาอยู่ด้วยกัน พบว่า ผู้ป่วยหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น หวาดระแวงจะมีขโมย เห็นผู้ชายบ้าง ผู้หญิงบ้าง มานั่งในบ้าน วันหนึ่งผู้ป่วยบอกว่ามีขโมยเข้าบ้าน จึงเอาปืนที่ซ่อนไว้ได้หมอน ยิงเข้าไปในบ้าน (ขณะนั้นไม่มีใครอยู่บ้าน) และผู้ป่วยปืนรัวหนี นั่งแท็กซี่กลับบ้านสวน เป็นอย่างนี้อยู่หลายครั้ง ญาติคิดว่าน่าจะเคยหลงทาง เพราะเคยใช้เวลาเดินทางนานถึง 6 ชั่วโมง ทั้งที่บ้านของบุตรสาวกับบ้านสวน ห่างกันไม่ถึง

10 กิโลเมตร (การที่เห็นภาพหลอนและเอาปืนมายิงเข้าไปในบ้าน เป็นจุดเปลี่ยนที่บุตรสาวตัดสินใจมาปรึกษาอาการนี้กับแพทย์ รพ.ศิริราช แต่ไม่สามารถพาผู้ป่วยมาด้วยได้ เพราะผู้ป่วยปฏิเสธ)

ผู้เขียนเป็นซึ่งพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช ตักผู้ป่วยนอก ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และแนะนำว่าไม่ควรทำการเปลี่ยนแปลงหรือย้ายสถานที่กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะนี้ เพราะผู้ป่วยจะมีอาการสับสน หวาดระแวงมากขึ้น และน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดเห็นภาพหลอนขึ้นได้^{7,8} แนะนำให้บุตรสาวย้ายไปอยู่ด้วยกันแทน แต่บุตรสาวปฏิเสธคำแนะนำนี้บอกว่า “ต้องทำงานทุกวันหากกลับแล้วมาเจอพุดกันไม่รู้เรื่องแบบนี้ คงทะเลาะกันแยะ และเครียดตายก่อนผู้ป่วย” พยาบาลจึงแนะนำให้หาญาติหรือจ้างผู้ดูแลให้มาอยู่เป็นเพื่อน เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะที่ 2 นี้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ดังนั้นบุตรสาวจึงพาผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านสวนตามเดิม แล้วจ้างผู้ดูแลเพศหญิงมาอยู่เป็นเพื่อนตามคำแนะนำของพยาบาล ภายหลังมาติดตามอาการผู้ดูแลที่จ้างมา บอกว่าอาการหวาดระแวงลดลง กลางคืนนอนหลับได้ แต่กลางวันยังมีเดินไปมาไร้จุดหมายบ้าง มีจุดหมายบ้าง คือต้องให้ได้ ออกนอกบ้านทุกวัน เช่น เดินจะไปซื้อเบียร์เตรียมแผนการสอน ท่องสูตรคูณ ออกบ้านจะไปสอนหนังสือ และพบปัญหาใหม่ ผู้ป่วยลวนลามกอดหอมแก้มผู้ดูแล จึงต้องเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ๆ บุตรสาวรู้สึกแยะในการกระทำนี้ของผู้ป่วย บอกว่า “หากคนดูแลก็ยาก แก่แล้วยังจะไปลวนลามเขาอีก”

ประวัติทางสุขภาพของครอบครัว

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรงในครอบครัว ไม่มีประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว

ผลการทดสอบความสามารถของสมอง
ผู้ป่วยได้รับการประเมินในการมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป ครั้งนี้ผู้ป่วยยอมมาโดยแนะนำให้ใช้วิธีตรวจสุขภาพประจำปี ฟรีไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยจึงยอมมาตรวจแต่มีจุดหนึ่งจุด กระวนกระวาย ลูกเดินไปเดินมาภายในคลินิกระหว่างรอตรวจ

แบบทดสอบ (Clock-drawing test: CDT)¹⁰ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ผู้ป่วยทำได้ 13/15 คะแนน

การแปลผล ถ้าได้คะแนน ≤ 10 คะแนน = มีภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)¹¹ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ป่วยทำได้ 22/30 คะแนน **การแปลผล** ถ้าได้คะแนน ≤ 23 คะแนน = มีภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบ (Montreal Cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย: MoCA)¹² คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ป่วยทำได้ 16/30 คะแนน **การแปลผล** < 25 คะแนน = มีภาวะพหุปัญญาบกพร่องเล็กน้อย

การประเมินความสามารถของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย และประวัติครอบครัว

กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living-BADL): ยังทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้บ้าง แต่บางวันต้องคอยกำกับให้ทำที่ละขั้นตอน บางวันแค่เตือนให้ทำก็ยังสามารถทำเองได้ เช่น รับประทานอาหารตามเวลา อาบน้ำ เป็นต้น

กิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย (Instrumental Activities of Daily Living-IADL) การใช้โทรศัพท์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยใช้รีโมทเปลี่ยนช่องทีวีไม่ได้ แต่ยังสามารถเปิดทีวีได้ ไม่สามารถจัดยาและฉีดยาเบาหวานเองได้เนื่องจากลืม และจำไม่ได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน

การตรวจร่างกาย (Physical examination-PE) สำหรับการตรวจร่างกายของผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ หากรอตรวจเวลาที่นานเกิน 30 นาที จะเริ่มลุกและเดินไปมาพูดคุยเสียงดัง โวยวายจะกลับบ้าน ผู้ป่วยพูดเสียงดังว่า “ไม่ได้เป็นอะไร ต้องมานั่งคอยตรวจร่างกายทำไมกลับบ้าน” ดังนั้นตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ จะเป็นการตรวจร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ เน้นเฉพาะปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้น โดยการซักประวัติจากทั้งผู้ป่วยและญาติ การสังเกตลักษณะท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก

- ระบบทางเดินหายใจ: ไม่เคยมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ

- ระบบทางเดินอาหาร: ไม่เคยมีอาการอาเจียน หรือ ถ่ายดำหรือเป็นเลือดสด ไม่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ บุตรสาวไม่ทราบถึงการตรวจทางทันตกรรมว่าผู้ป่วยไม่ได้ตรวจมานานเท่าไรแล้ว

ยังรับประทานอาหารได้ ไม่บ่นปวดฟัน มีแต่ไม่ยอมรับประทานอาหาร บอกว่าอิ่มแล้ว รับประทานแล้วไม่เคยมีอาการคลื่นไส้ ไม่มีปัญหาการกลืน

- ระบบประสาท : ไม่เคยมีประสาทเสี้ยว
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด: นอนราบได้

ไม่เคยบ่นแน่นหน้าอก

- ระบบประสาท : ไม่มีอาการอ่อนแรงหรือขาที่ใด สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีอาการปวดที่ใด

- การเดินและประวัติการหกล้ม : สามารถเดินได้เอง ลูกจากนั่งเป็นยืนได้โดยไม่ต้องช่วยพยุง ไม่เคยเดินเซหรือหกล้ม

- สายตาและการมองเห็น : ใช้แว่นสายตา ยาว ผู้ป่วยได้ทำหลายอัน บุตรสาวไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเคยตรวจภาวะเบาหวานลงจอประสาทตาหรือไม่

- การได้ยิน : ชัดเจ๋งดี ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยฟัง

- การนอนหลับ : ถ้าอยู่บ้านสวน สามารถนอนหลับได้ดี ช่วงที่ย้ายมาอยู่บ้านบุตรสาว ไม่ค่อยนอนหลับๆ ตื่นๆ

- ภาวะโภชนาการ: บุตรสาวบอกว่าช่วงนี้ไม่ค่อยยอมรับประทานอาหาร น้ำหนักน่าจะลดลงบ้าง แต่ไม่ทราบว่าเดิมผู้ป่วยเคยน้ำหนักเท่าไร

ครอบครัวและผู้ดูแล (Social support & Caregiver) มีบุตรสาว 3 คน เสียชีวิต 1 คน บุตรสาวคนที่ 2 เป็นคนดูแลหลัก แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน บ้านอยู่ห่างกันไม่ถึง 10 กิโลเมตร ต้องไปทำงานในช่วงเวลากลางวันจึงไม่สะดวกที่จะต้องย้ายมาอยู่กับผู้ป่วย ระหว่างนี้ผู้ดูแลลาออก บุตรสาวได้พึ่งพาลานชายที่อยู่บ้านใกล้เคียงเดินมาช่วยดูแลบ้าง ภรรยาของผู้ป่วยอายุ 85 ปี มีโรคประจำตัวหลายโรค ทะเลาะกันแต่ไม่ได้หย่าได้แยกไปพักอาศัยกับลูกสาวคนโตอีกจังหวัดที่ห่างกัน

ประมาณ 40 กิโลเมตร เป็นเวลานานกว่า 10 ปีแล้ว จึงไม่สามารถมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ บุตรสาวบอกว่า “ไม่รู้ว่าตอนออกนอกบ้านไปลวนลามใครอีกหรือเปล่า”
 อายสาวบ้านเขา พี่สาวคนโตที่รับผิดชอบดูแลแม่ไม่เห็นต้องดูแลยกขนาดนี้”

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: Hct 40.9% Hb 13.2 g/dl wbc 4,290 /ul plt 231,000/ul

FBS: 196 mg/dL HbA1C 6.6 mg% eGFR 31.29 mL/min/1.73 m²

BUN 23.8 mg/dL Cr 1.93 mg/dL

Electrolytes: sodium (Na⁺) 141 mmol/L, potassium (K⁺) 4.1 mmol/L, chloride (Cl⁻) 101 mmol/L, bicarbonate (HCO₃) 22 mmol/L

LDL 208 mg/dL Albumin 4.8 g/dl

LFT: AST 29 U/L ALT 22 U/L Alkaline 96 U/L

Thyroid function test: T3 85.4 ng/dl, FT4 3.98 uIU/mL, TSH 1.17 ng/dl

VDRL non-reactive

B12 1875 pg/ml

Folate > 20.00 ng/ml

การวินิจฉัยโรคของแพทย์และการรักษาอื่น ๆ

Dx. Moderate dementia with behavioral and psychological symptoms of dementia-(BPSD) โดยกลุ่มอาการ BPSD ของผู้ป่วยรายนี้คือ อาการหลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusion), อาการกระวนกระวาย (agitation), อาการก้าวร้าว (aggression), อาการเดินไปมา อย่างไม่รู้จุดหมาย (wandering), การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (irritability) T2DM, HT, CKD stage 3, dyslipidemia (DLP)

ยาที่ได้รับปัจจุบัน

รายการยา	รายละเอียด
aspirin (81) 1x1 oral pc	ในผู้ป่วยรายนี้ใช้เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด
omeprazole (20) 1x1 oral ac	ยาลดการหลั่งกรด เพื่อป้องกันเลือดออกในช่องทางเดินอาหาร
memantine (10) 1x2 oral pc	ยาชะลอการเสื่อมของสมอง
donepezil hydrochloride (5) 1 tab oral hs	ยาชะลอการเสื่อมของสมอง
lantus 14 units sc hs	ยาฉีดรักษาเบาหวาน แบบปากกาฉีด
Vit B 1 6 12 1x2 oral pc	วิตามินบี 1, 6, 12
risperidone GPO (1) 1/2 oral hs	ยาระงับอาการทางจิต อารมณ์หงุดหงิด
sertraline HCl (50) 1x1 oral hs	ยาด้านเศร้า
atorvastatin calcium (20) 1x1 oral hs	ยาลดคอเลสเตอรอล

จากข้อมูลทั้งหมดนำมาประเมินปัญหาในแต่ละด้าน A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N ของ พัฒน์ศรีศรีสุวรรณ⁶ พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาทั้งหมด 7 ด้าน ซึ่งสามารถวางแผนการให้การพยาบาลได้ดังนี้

แผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม (ในกรณีศึกษาตัวอย่าง)

1. ปัญหาด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (activities of daily living)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Impaired ADLs) และการทำกิจวัตรที่ซับซ้อน แบบมีอุปสรรค (Impaired iADL)

ข้อมูลสนับสนุน : ยังสามารถทำตัวเอง แต่บางวันต้องคอยกำกับให้ทำทีละขั้นตอน บางวันแค่เตือนให้ทำก็จะสามารถทำเองได้, ผู้ป่วยสามารถเปิดทีวีได้เอง แต่ใช้รีโมทเปลี่ยนช่องทีวีไม่ได้

เป้าหมาย : ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวเองให้ได้มากที่สุดแบบทั้งมีอุปสรรคและไม่มีอุปสรรค เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำแปรงฟัน การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว

กิจกรรมการพยาบาล : 1) แนะนำให้ญาติผู้ดูแลกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง โดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่เป็นประโยคคำสั่ง^{7,8} 2) จัดสิ่งของ อุปกรณ์เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้เอง 3) ผู้ดูแลแนะนำการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย น้ำเสียงนุ่มนวล

ไม่ควรตำหนิ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้สามารถช่วยเหลือตามความจำเป็น 4) ระวังการเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ

การประเมินผล : ญาติผู้ดูแลคอยสังเกตถึงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงความสามารถในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ประวัติจากผู้ดูแลที่จำงและบุตรสาวบอกว่า ความสามารถยังคงที่ หลงลืมพอๆ เดิมทำได้เมื่อบอกลำดับขั้นตอน ถ้าไปบอกหรือกำกับมาก ๆ ผู้ป่วยจะหงุดหงิดไม่ให้ง่าย

2. ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and psychological problems of dementia)

มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลดังนี้

2.1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด เห็นภาพหลอน (paranoid delusion)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่าเห็นมีขโมยเข้าบ้าน จึงเอาปืนที่ซ่อนไว้ได้หมดอน ยิ่งเข้าไปในบ้าน

เป้าหมาย : ผู้ป่วย ควบคุมตัวและผู้ดูแลมีความปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ประเมินค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการ BPSD ทั้งจากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่น หากพบว่ามีปัจจัยใดเป็นเหตุกระตุ้น ให้แก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน และให้พยายามหลีกเลี่ยงเหตุอื่น ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงดูละครที่มีโจรผู้ร้าย เป็นต้น สังเกตอาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่อาจเป็นเหตุทำให้เกิดอาการ BPSD ได้ เช่น การมองเห็นไม่ชัดเจน การรับประทานยาบางชนิดมีภาวะติดเชื้ในร่างกาย หรือมีภาวะเกลือแร่ในร่างกาย

ไม่สมดุล เป็นต้น สำหรับกรณีศึกษานี้ ผู้เขียนเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย ไปสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และมีปัญหาสายตา การมองเห็นจึงผิดไปและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกหวาดระแวงได้^{7,8,9}

2) แนะนำให้ผู้ดูแลรับฟัง ไม่ทะเลาะกับผู้ป่วย อย่าพยายามอธิบายหรือเถียงกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เห็นไม่มีจริง 3) ให้พูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้สายตาทำทางที่เป็นมิตร ปลอดภัยกับผู้ป่วยว่าอยู่ที่ปลอดภัยหรือพยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่น 4) สังเกตและระวังผู้ป่วยมีแนวโน้มจะทำร้ายตัวเองและผู้อื่นหรือไม่ 5) จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เก็บซ่อนปืนไว้ไม่ให้ผู้ป่วยเห็น

การประเมินผล : บุตรสาวแจ้งว่า เก็บปืนมาซ่อนไว้แล้ว 2 กระบอก แต่ไม่ทราบว่ามีทั้งหมดกี่กระบอก ภายหลังเอาปืนไปซ่อน ผู้ป่วยมีถามถึงบ้างว่าปืนหาย บุตรสาวและผู้ดูแลใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน และตั้งแต่ย้ายกลับมาบ้านสวน ผู้ป่วยไม่มีเห็นภาพหลอนอีก

2.2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว (aggression) มีอาการกระวนกระวาย (agitation) และปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (irritability)

ข้อมูลสนับสนุน : รอคอยไรนาน ๆ ไม่ได้, หากขัดใจจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว, หงุดหงิดโมโหร้าย

เป้าหมาย : 1) ลดอาการก้าวร้าว, กระวนกระวาย และปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง 2) ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลมีความปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล : 1) สำหรับกรณีนี้ การมารักษาต้องใช้เวลาพอสมควร ดังนั้นในการมาตรวจติดตามแต่ละครั้ง พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุต้องสังเกตประเมินอาการทางกาย และสภาพอารมณ์จากสีหน้า ท่าทางการแสดงออกของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ามาคลินิก ประสานงานกับทีมสหสาขา นักจิตวิทยา แพทย์ และเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่เร็วที่สุดที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจ 2) สอบถามอาการเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ยังเป็นปัญหาวิธีการรับมือเมื่อต้องเผชิญปัญหาในการดูแลที่บ้านกับญาติผู้ดูแล โดยแยกญาติผู้ดูแลมาสอบถามและบันทึกลงในเวชระเบียนก่อนพบแพทย์ เนื่องจากอาการ BPSD เหล่านี้ไม่ควรสอบถามต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับ รู้สึกว่าถูกนิทาว่าร้าย ซึ่งเป็นอีกสาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาในการตอบรับที่ไม่

พึงประสงค์ได้ เช่น โมโห เกรี้ยวกราดทันทีที่ได้ยิน เป็นต้น^{7,8,9} 3) แนะนำให้พูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้สายตาทำทางที่เป็นมิตร โดยเฉพาะประโยคคำสั่ง เป็นเหตุหนึ่งที่กระตุ้นทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวได้ 4) พยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่นที่ผู้ป่วยชอบ เช่น ชักชวนฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น⁷ สำหรับผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นชอบสอน เพราะเคยเป็นคุณครู แนะนำให้สอนคณิตศาสตร์ดู 5) สังเกตและระวังผู้ป่วยมีแนวโน้มจะทำร้ายผู้อื่นหรือไม่

การประเมินผล : ตั้งแต่ย้ายกลับมาบ้านสวนบุตรสาวและผู้ดูแลสังเกตเห็นว่า อาการอารมณ์ฉุนเฉียว, หงุดหงิดโมโหร้ายลดลง แต่ยังมีเมื่อไปห้ามหรือไปขัดใจผู้ป่วยในการดื่มเบียร์

2.3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยมีอาการเดินไปมาไร้จุดหมาย (wandering)

ข้อมูลสนับสนุน : ปีนรั้วหนีกลับบ้าน, มีประวัติหลงทาง, ชอบเดินออกนอกบ้านบ่อย ๆ

เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่หลงทาง ไม่สูญหาย

กิจกรรมการพยาบาล : 1) แนะนำให้ญาติผู้ดูแลสังเกต หากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ และร่วมทำกิจกรรมนั้นด้วยความสนุกสนานเพลิดเพลิน เพื่อให้ลดการเดินออกนอกบ้านไร้จุดหมาย^{7,8} 2) แนะนำให้ติดป้ายชื่อ หรือ อุปกรณ์ติดตามตัว เมื่อกรณีหลงทาง ผู้พบเห็นจะสามารถติดต่อญาติได้^{7,8} 3) แนะนำให้ญาติผู้ดูแลมีรูปถ่ายผู้ป่วยปัจจุบันในโทรศัพท์มือถือ หากเกิดพลัดหลง สูญหาย จะได้มีรูปภาพที่ใกล้เคียง ผู้ป่วยในปัจจุบันมากที่สุด และสามารถแจ้งความกับตำรวจได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้สูญหายนาน 24 ชั่วโมง

การประเมินผล : ผู้ป่วยยังมีเดินไปร้านใกล้บ้านเพื่อซื้อเบียร์ทุกวัน แต่ไม่มีหลงทาง

2.4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยมีแสดงพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยลวนลาม กอดหอมแก้มผู้ดูแล

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล : 1) อธิบายให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจว่าเป็นจากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความต้องการทางเพศได้ 2) หลีกเลี่ยงสิ่งเร้า เพราะผู้ดูแลเพศหญิงที่มีลักษณะทางกายภาพที่ อาจเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกทางเพศได้ หรือ

ผู้ดูแลอาจมีลักษณะคล้ายผู้หญิงที่ ผู้ป่วยเคยชอบหรือเคยรัก เป็นต้น แนะนำให้เปลี่ยนผู้ดูแลเป็นเพศชายหรือ เพศหญิงที่ผมสั้น ผิวคล้ำ อ้วน เป็นต้น^{7,8,9} 3)แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ อาจต้องรักษาด้วยยาร่วมด้วยหากมีอาการมากขึ้น

การประเมินผล: ผู้ดูแลที่ว่าจ้างลาออกยังไม่สามารถหาคนใหม่มาแทนได้ บุตรสาวให้หลานชายที่บ้านไม่ไกลมากนัก ให้มาช่วยดูแลในการซื้ออาหารเช้าและกลางวัน ส่วนมือเย็นบุตรสาวจะเป็นผู้จัดหาและแวะมาดูแลต่อ

3. ปัญหาด้านการรู้คิดบกพร่อง (Cognition)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรู้คิดบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน : ลืมการทำกิจวัตรประจำวันต้องเตือน, ลืมว่าเกษียณราชการแล้ว แต่เตรียมแผนการสอนจะไปสอนหนังสือ, ลืมรับประทานยา (ยาเหลือจำนวนมาก) และอาหาร (ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานไปแล้ว ทั้งที่ยังไม่ได้รับประทาน), ลืมว่าเลิกดื่มเหล้า เบียร์ไปแล้ว กลับมาดื่มอีก

เป้าหมาย : เพื่อชะลอความเสื่อมของการรู้คิด และคงความสามารถของผู้ป่วยให้นานที่สุด

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ให้ความรู้กับบุตรสาวผู้ป่วยว่าปัจจุบันยังไม่มียารักษาภาวะสมองเสื่อม ยาที่ใช้ในปัจจุบันเป็นเพียงยาที่ช่วยชะลออาการเท่านั้น ดังนั้นจะใช้วิธีการกระตุ้นความรู้คิดด้วยการไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยาไปด้วย โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความเพลิดเพลิน และให้ความร่วมมืออนานที่สุด กรณีรายนี้ น่าจะชอบสอนหนังสือ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวเลข และจากที่เคยเป็นอดีตคุณครูสอนคณิตศาสตร์ อาจจะชอบเกมซูโดกุ ที่เป็นเกมทางคณิตศาสตร์ และชักชวนทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยชอบ อ่านหนังสือ ร้องเพลง สวดมนต์ ออกกำลังกาย ปลูกต้นไม้ เป็นต้น^{2,7,8} 2) ให้ผู้ป่วยมีสังคม พยายามอย่าให้อยู่คนเดียว พูดคุยกับผู้ป่วยเหตุการณ์ประจำวัน ฝึกความจำ เรียนรู้สิ่งใหม่สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การเดินไปซื้อเบียร์ร้านใกล้บ้านเป็นการกระตุ้น cognitive ได้อย่างหนึ่ง⁷ เพียงแต่สิ่งที่ซื้อมารับประทานไม่ได้มีประโยชน์ต่อร่างกาย อาจต้องลองใช้วิธีคุยกับเจ้าของร้านว่าเบียร์หมดจะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ จะทำให้

ผู้ป่วยต้องเดินทางไปหาเบียร์จากร้านที่ไกลมากขึ้น คงต้องเปลี่ยนวิธีการ เพราะทำให้เสี่ยงต่อการพลัดหลง สูญหาย หรือ อุบัติเหตุได้ 3) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซ้ำพวดันข้าง เป็นต้น

การประเมินผล: ติดตามคะแนนการรู้คิดของผู้ป่วยเหมาะสมกับระดับการศึกษาและระยะของโรค คือ มีคะแนนของการทดสอบความสามารถของสมองคงที่ หรือไม่ลดลงเร็วกว่าปกติ (ไม่ควรลดลงมากกว่า 3 คะแนนใน 3 เดือน)² และต้องประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วยว่าต้องให้การช่วยเหลือมากขึ้น หรือยังสามารถทำตัวเอง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินไม่สม่ำเสมอ เพราะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมาตรวจ หรือ มาตรวจแต่ไม่ยอมให้ทดสอบ ผู้ป่วยตอบ “ว่าข้อคำถามเหมือนถามเด็กไม่รู้มันจะถามไปทำไม”

4. ปัญหาเกี่ยวกับยา: Drug

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกต้อง หรือซ้ำซ้อน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถบริหารยาและดูแลตัวเองตามโรคที่เป็นได้ 2) แพทย์ปรับยาเบาหวานเป็นยาฉีดเนื่องจากผู้ป่วยลืมรับประทานยา (ยาเหลือจำนวนมาก) และอาหาร (ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานไปแล้ว ทั้งที่ยังไม่ได้รับประทาน) ก่อนจะหลงลืมมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถฉีดยาเบาหวานเองได้ 3) ญาติมีความกังวลในการฉีดยาให้ผู้ป่วย (ผู้ป่วยรายนี้มีฉีด Lantus 14 units sc hs)

เป้าหมาย: 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลให้รับประทานยาทุกชนิดอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง สม่ำเสมอ 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 3) ญาติผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล สามารถฉีดยาเบาหวานให้ผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจในอาการของโรค ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถบริหารยาได้ด้วยตนเองได้ ญาติผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน

และยา โดยใช้เทคนิคในการชักชวนหากผู้ป่วยปฏิบัติ หรือป่วยเบี่ยงในการรับประทานยา 2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ เพื่อวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการชดเชยที่ถูกต้อง 3) สาธิต สอน การชดเชยโดยใช้หุ่นจำลอง และให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนการชดเชยเบาหวาน จนสามารถทำได้ถูกต้อง 4) ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย ยาชะลอ ภาวะสมองเสื่อม มักมีอาการ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซ้ำพรตเริ่มช้าลง เป็นต้น ยาเบาหวาน จะมีอาการ ซึมลง หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น

การประเมินผล : - บุตรสาวเลิกงาน แล้วกลับมาดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาเมื่อเย็น ก่อนนอนให้ ก่อนกลับบ้าน สามารถชดเชยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา และไม่เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา

5) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม: Environment
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลดังนี้

5.1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พัดหลังสูญเสีย

ข้อมูลสนับสนุน : 1) ผู้ป่วยมีอาการ หงุดหงิด กระวนกระวาย หวาดระแวงมากขึ้น ภายหลัง ลูกสาวพาผู้ป่วยย้ายมาอยู่ด้วย 2) ผู้ป่วยป็นรั้ว หนักกลับบ้านเดิมของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยน่าจะประวัติ หลงทาง เพราะใช้เวลาเดินทางนานกว่า 6 ชั่วโมง จากบ้าน บุตรสาวกลับบ้านสวนที่ระยะทางไม่ถึง 10 กิโลเมตร

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่หลงทาง สูญหาย

กิจกรรมการพยาบาล : 1) หากมีความ จำเป็นต้องย้ายสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วยอีก ต้องจัด สิ่งแวดล้อมให้คล้ายสภาพบ้านเดิมของผู้ป่วยให้มากที่สุด^{7,8} 2) แนะนำให้มีญาติผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) วางแผนการป้องกันการหลงทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม กับผู้ป่วย เช่น การติดป้ายชื่อ หรือ อุปกรณ์ติดตามตัว เป็นต้น⁷ 4) ล็อกประตู หรือใช้รูปภาพอำพรางประตู เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินออกไปจากบ้านบ่อย ๆ⁸

การประเมินผล : ภายหลังย้ายผู้ป่วย กลับมาที่บ้านสวน ผู้ป่วยไม่มีเดินพัดหลังสูญหาย แต่ยังไปนอกบ้านเพื่อซื้อเบียร์ร้านใกล้บ้านทุกวัน

5.2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นหรือตนเองอย่างไม่ตั้งใจ

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยเคยเอาปืน ยิงเข้าไปในบ้านเพราะว่าเห็นขโมย 2) ผู้ป่วย มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย หวาดระแวง

เป้าหมาย: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ การทำร้ายรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล : 1) จัดสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ เช่น ปืน มีด หรือสารเคมีต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) แนะนำ ให้มีญาติผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) ค้นหาสาเหตุ ที่อาจทำให้เกิดอาการ BPSD ทั้งจากสิ่งแวดล้อมหรือ บุคคลอื่น หากพบว่ามีปัจจัยใดเป็นเหตุกระตุ้น ให้แก้ไข สาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน และให้พยายามหลีกเลี่ยงเหตุอื่น ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงดูละครที่มีโจรผู้ร้าย เป็นต้น สังเกตอาการ เจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่อาจเป็นเหตุทำให้เกิดอาการ BPSD ได้ เช่น การมองเห็นไม่ชัดเจน การรับประทาน ยาบางชนิด มีภาวะติดเชื้อมีในร่างกายนหรือมีภาวะเกลือแร่ ในร่างกายไม่สมดุล เป็นต้น สำหรับกรณีศึกษานี้ ผู้เขียนเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย ไปสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และมีปัญหาสายตา การมองเห็น จึงผิดไปและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกหวาดระแวง^{2,7-9}

การประเมินผล : ตั้งแต่นย้ายกลับมาพัก ที่บ้านสวนตามเดิม ไม่มีอาการเห็นภาพหลอนเห็นขโมย จนต้องเข้าป็นอีก และบุตรสาวได้นำปืนไปเก็บซ่อนแล้ว

6) ปัญหาด้านครอบครัวและผู้ดูแล :
Family & Caregivers

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ญาติผู้ดูแล มีภาวะ Caregiver burden, stress and stigma

ข้อมูลสนับสนุน : 1) ผู้ป่วยไม่ยอมมาพัก อาศัยกับลูกสาว 2) บุตรสาวมีความจำเป็นและไม่สะดวก ที่จะมาพักอาศัยกับผู้ป่วย บุตรสาว บอกว่า “ต้องทำงาน ทุกวัน หากกลับมาแล้วมาเจอพูดกันไม่รู้เรื่องแบบนี้ คงเครียดตาย” 3) บุตรสาวที่เป็นผู้ดูแลหลักต้องทำงาน ในเวลากลางวัน เมื่อจ้างผู้ดูแลให้มาอยู่เป็นเพื่อน แต่กลับพบปัญหาถูกผู้ป่วยลงลามผู้ดูแลผู้หญิงที่จ้างมา บุตรสาว บอกว่า “หากคนดูแลก็ยากแก่แล้วยังจะไป ลงลามเขาอีก”

วางแผนการดูแล : 1) ลดความรู้สึก เป็นภาระ ความเครียดและความรู้สึกเป็นตราบาป ของญาติผู้ดูแล 2) ลดการเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก และผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคเป็นระยะ ๆ อธิบายให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจว่าเป็นจากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความต้องการทางเพศได้ 2) ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาแต่ละปัญหาอย่างเหมาะสม เช่น การเปลี่ยนผู้ดูแลเป็นเพศชาย การหลีกเลี่ยงการสัมผัส การแต่งกายของผู้ดูแลที่อาจไปกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของผู้ป่วย เป็นต้น 3) แนะนำแหล่งข้อมูล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม Group support นอกจากนี้จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้ว จะสามารถบรรเทาความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกเป็นตราบาปได้ ซึ่งทางคลินิกผู้สูงอายุจัดเป็นประจำทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน

การประเมินผล : บุตรสาวรู้สึกเข้าใจภาวะของโรคมากขึ้น รู้สึกเครียดน้อยลงเมื่อมีหลานชายมาช่วยดูแลในช่วงกลางวัน เพราะต้องทำงานในวันเวลาราชการ จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม Group support ได้ ยังมีความรู้สึกเป็นภาระและเป็นตราบาปอยู่บ้าง รู้สึกอายที่ผู้ป่วยเป็นถึงคุณครู แต่วันนี้มีสภาพเป็นอย่างนี้ พุดก็ไม่ว่าเรื่อง “ไม่รู้ว่าตอนออกนอกบ้านไปลวนลามใครอีกหรือเปล่า อายชาวบ้านเขา พี่สาวคนโตที่รับผิดชอบดูแลแม่ ไม่เห็นต้องมาดูแลขนาดนี้”

7) ปัญหาด้านกฎหมาย: Legal

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาคดีอาญา เนื่องจากผู้ป่วยไปลวนลามบุคคลอื่น

ข้อมูลสนับสนุน : มีลวนลามผู้ดูแล และอาจไปลวนลามบุคคลอื่นในที่สาธารณะ

เป้าหมาย : ป้องกันการเกิดปัญหาคดีอาญา

กิจกรรมการพยาบาล : 1) แนะนำให้ญาติดำเนินการจดทะเบียนผู้พิการ และยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อดำเนินการตั้งผู้อนุบาล 2) ให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลที่อ้างมาว่าเป็นจากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความต้องการทางเพศได้ ให้ผู้ดูแลเพิ่มการระวังตัว หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยไม่จำเป็น การแต่งกายของผู้ดูแลควรมิดชิด รัดกุม⁷ 3) ถ้าเป็นไปได้ แนะนำให้เปลี่ยนผู้ดูแลเป็นเพศชาย หรือ เพศหญิงที่ผสมัน ผิวคล้า อ้วน เนื่องจากลักษณะทางกายภาพที่ตัวเล็ก ผมยาว ผิวขาว อาจเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกทางเพศได้ เป็นต้น^{8,9}

การประเมินผล: ไม่เกิดปัญหาด้านกฎหมาย เนื่องจากผู้ดูแลที่ถูกลวนลามเข้าใจกับภาวะสมองเสื่อม จึงไม่แฉงความ แต่ไม่สามารถปฏิบัติงานต่อได้ และบุตรสาวยังไม่สามารถหาผู้ดูแลเพศชายมาดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ใช้วิธีแก้ปัญหาโดยให้หลายชายที่อยู่ไม่ไกลมาช่วยดูแลซื้ออาหารเช้าและกลางวันให้ทาน ดูแลให้รับประทานยา เพราะช่วงเย็นหลังเลิกงานแล้ว บุตรสาวจะทำหน้าที่ดูแลต่อ

วิเคราะห์กรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาเมื่อประเมินผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบองค์รวมของพัฒนาตรี ศรีสุวรรณ⁶ จะเห็นได้ว่า ด้วยสภาพปัญหาของครอบครัวที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ทำให้การสังเกตอาการหลงลืมได้ถูกละเลยจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การมาพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยรักษา ก็พบว่า เป็นภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 2 เริ่มมีปัญหาในการดูแล เพราะผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ คือ ตั้งแต่การพาไปพบแพทย์ การไม่สามารถรอตรวจในเวลานานได้ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลให้รับประทาน อาหารและยา การดูแลสุขภาพทั่วไปและโรคร่วมที่เป็น โดยเฉพาะการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ทำให้ยากในการดูแล ปัญหาด้านอื่น ๆ คือ Goal, Health, Money และ Network ของกรณีศึกษารายนี้ยังไม่พบ เนื่องจากภายหลังบุตรสาวได้รับการความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แผนการรักษา ตลอดจนเทคนิคในการรับมือผู้ป่วยเมื่อมีอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป บุตรสาวมีความเข้าใจในสถานการณ์ในการดูแลมากขึ้น สามารถปรับแผนการดูแลโดยใช้ความยืดหยุ่นในการดูแล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น เหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีปัญหาในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และไม่มีปัญหาในด้านค่าใช้จ่าย

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยากและแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถของสมองในด้านต่าง ๆ ไปทีละน้อย จนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเน้นไปในเรื่องการจัดการดูแลกิจวัตรประจำวัน

การดูแลโรคร่วม ความปลอดภัย และการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางรายประสบปัญหาเรื่องเดียวกัน แต่ก็ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยวิธีเดียวกันได้ จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ครอบครัวเกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป จัดเป็นงานที่ยากและท้าทายสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ในเวลาที่จำกัด ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย (direct care) และมีการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ(collaboration) เช่น ผู้ป่วยรายนี้ หากรอตรวจที่นานเกินไป จะทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวขึ้นได้ เป็นต้นพยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหสาขา นักจิตวิทยา แพทย์ และเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่เร็วที่สุดที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจ ตลอดจนพยาบาลต้องใช้ทั้งความรู้ (educator) เป็นที่ปรึกษา (consultant) ถ่ายทอดเทคนิคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล (coaching and guidance) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (empowerment) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (clinical outcomes) คือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขทั้ง 2 ฝ่าย

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมกันหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การแก้ไขปัญหานี้ อาจส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น การย้ายสถานที่พักอาศัย ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง เห็นภาพหลอน เป็นต้น ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ การถ่ายทอดความรู้ให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงธรรมชาติของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ แนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการดูแล ประกอบกับเมื่อญาติผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยไปสักระยะหนึ่ง จะทำให้เกิดความเข้าใจของภาวะโรคมากยิ่งขึ้น จนเกิดการยอมรับ และสามารถทำใจกับอาการเสื่อม ความถดถอยของสติปัญญาของผู้ป่วย

เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ญาติผู้ดูแลสามารถค้นพบวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง คลายความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกเป็นตราบาปลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Disease International, Alzheimer's Australia. Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 2]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม = Dementia: prevention, assessment and care. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
3. Grossman M. Stages of dementia [Internet]. 2018 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://www.kindlycare.com/stages-of-dementia/>
4. American Nurses Association. The Nursing process [Internet]. 2020 [cited 2020 May 3]. Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
5. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2559.
6. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 4(3) 27-35.
7. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. เทคนิคการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สันทวีการพิมพ์; 2559.
8. Evidence-based practice in dementia for nurses and nursing students. 2019 [cited 2020 May 4]; Available from: <https://bit.ly/2z0j86t>

9. กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ. ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56(4) 499-62.
10. Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: an executive clock drawing task. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1998;64(5):588-94.
11. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบสอบสมรรถภาพของไทย. สารศิริราช. 2536; 45(6): 359-74.
12. Hemrungronj S. MoCA Thai version [Internet]. 2007. [cited 2019 Nov 5]. Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf