



คู่มือการพยาบาล
การให้การดูแลและการเตรียมญาติ
และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นางสาวปติพร สิริทิพากร

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของสมองที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ในด้านความรู้ ความคิด การตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม ใช้ภาษาผิดปกติ รวมถึงมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จนผู้ป่วยไม่สามารถที่จะดูแลตัวเองได้ จำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆ เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัว เป็นต้น โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ทูบตีทำร้าย พุดจาหยาบคาย หูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือเร่ร่อนออกจากบ้าน ผู้ดูแลจะต้องใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงเหล่านั้น ปัญหาดังกล่าวเป็นภาวะของครอบครัวและภาวะโดยรวมของประเทศ ทั้งด้านการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่กำลังมีความสำคัญมากขึ้น

ผู้เขียนในฐานะที่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงสนใจในการเขียนคู่มือสำหรับพยาบาลที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแล การให้ความรู้ การแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลถึงเทคนิคในการรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ผู้เขียนกราบขอขอบพระคุณ รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และคุณสมพร ขาภา ที่ได้กรุณาตรวจสอบ พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ปิติพร สิริทิพากร

1 มิถุนายน 2559

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.4 ขอบเขต	3
1.5 คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	5
บทที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว	
3.1 ความหมายผู้สูงอายุ	14
3.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ	14
3.3 ผู้ดูแลผู้ป่วย	15
3.4 ความหมายและประเภทของผู้ดูแล	16
3.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	16
บทที่ 4 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการรักษา	
4.1 กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของสมอง	19
4.2 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม	22
4.3 สาเหตุและพยาธิสรีรภาพ	22
4.4 อาการและอาการแสดง	25
4.5 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.6 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	29
4.7 การพยากรณ์โรคและการรักษา	32
4.8 ภาวะแทรกซ้อน	35
4.9 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม	35
บทที่ 5 กระบวนการพยาบาล	
5.1 การประเมินภาวะสุขภาพ	40
5.2 การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล	42
5.3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล	46
บทที่ 6 กรณีศึกษา	
6.1 กรณีศึกษา	56
บทที่ 7 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	
7.1 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	66
เอกสารอ้างอิง	71
ภาคผนวก	
ก แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)	76
ข แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	81
ค แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล	88
ง ข้อสอบแบบ 4 ตัวเลือกเพื่อวัดความรู้ของคู่มือ	91
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	92

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

ภาพที่ 4.1 Anatomy and Functional Areas of the Brain

19

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 4.1 Cerebral function, Related Impairment, and Nursing Interventions	20
ตารางที่ 4.2 ระยะของโรคอัลไซเมอร์	24
ตารางที่ 4.3 รายการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	31
ตารางที่ 4.4 รายการยา ราคา และสิทธิการเบิกในปัจจุบัน	34
ตารางที่ 4.5 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ป่วย	35
ตารางที่ 5.1 เป้าหมายของการพยาบาลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม	39

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
แผนภูมิที่ 2.1 แสดงโครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	11
แผนภูมิที่ 2.2 แสดงโครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ	12
แผนภูมิที่ 2.3 แสดงสายบังคับบัญชาของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ	13
แผนภูมิที่ 4.1 ข้อเสนอแนะในการพิจารณาการทดสอบทางจิตประสาทเบื้องต้น ในผู้ป่วยที่พบว่ามีภาวะรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)	30

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จัดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองเมื่อมีอายุมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในด้านต่างๆ เช่น ความคิด ความรู้ ความจำ การตัดสินใจ และมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจนทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานในการดูแลตัวเองได้เลย¹

ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุโดยมีสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในขณะนี้มากกว่า 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ของประชากรทั้งหมด² เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้ แต่ร่างกายก็ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยต่างๆ โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยในปี 2558 มีจำนวนประมาณ 600,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้น 1,117 ล้านคน และ 2,077 ล้านคน ในปี 2573 และ 2593³ ทั้งนี้พบว่าเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดและจากสถิติของผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมที่มารับการบริการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ในปี 2554 มีจำนวน 1,180 ราย ในปี 2555 มีจำนวน 1,445 ราย ในปี 2556 มีจำนวน 1,678 ราย และในปี 2557 มีจำนวน 1,985 ราย จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้นเรื่อยๆในประเทศไทย^{1,3} ภาวะสมองเสื่อมนั้นนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัวเพราะส่วนใหญ่การดูแลจะเป็นการดูแลที่บ้านเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤต สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ทั้งในเรื่องการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁴ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความยาก ซับซ้อนแตกต่างกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป⁵ คือ ภาวะสมองเสื่อมจะมีผลกระทบต่อความจำ ความคิด การรับรู้ สติปัญญา การใช้ภาษา บุคลิกภาพและพฤติกรรมอย่างรุนแรง จนรบกวนความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ บางรายอาจมีอาการของโรคทางจิต^{1,6} เช่น มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง เป็นต้น⁷ โดยใน

ระยะแรกญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะสามารถสังเกตได้จากการพูดซ้ำถามซ้ำ ความจำแย่ง ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียความจำระยะสั้นของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจจะหงุดหงิดรำคาญใจ ที่ต้องคอยตอบคำถามเดิมๆของผู้ป่วยซ้ำซากจนเกิดการทะเลาะกันได้ในที่สุด หรือผู้ป่วยวางอะไรไว้แล้วจำไม่ได้แล้วผู้ป่วยอาจจะกล่าวโทษผู้อื่นว่ามาขโมยของ ไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล บางรายมีอาการหลงผิด เช่นมีความระแวงว่าภรรยาหรือสามีจะมีชู้ มีขโมยมาที่บ้าน วิจารณ์ญาติ เปลี่ยนและพบอารมณ์แปรปรวน^{5,7} อาการเหล่านี้จะทำให้เกิดปัญหาต่อการดูแลและเป็นภาระหนักสำหรับญาติและผู้ดูแลอย่างมากเพราะต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด ต้องคอยเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การเดินหลงทางหรือสูญหาย และยังต้องจัดการด้านทรัพย์สิน การเงิน ตลอดจนการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น^{5,7,8}

ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงมุ่งเน้นในเรื่องการสอนญาติและผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดง การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงมีความสนใจจัดทำคู่มือการพยาบาล การให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้พยาบาลได้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และเรียนรู้เทคนิควิธีการรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์แวดล้อมอย่างเหมาะสม ตลอดจนทั้งมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยขจัดหรือผ่อนคลายความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และปัญหาในด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะทางกายเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้การดูแลในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2.2 เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมให้กับญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2.3 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายร่วมกับทีมสหสาขา ญาติ และผู้ดูแล

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.3.2 พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้กับญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.3 พยาบาลสามารถวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายร่วมกับทีมสหสาขา ญาติและผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำกับญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองของญาติและผู้ดูแล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติหรือผู้ดูแล

1.4 ขอบเขต

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาหาความรู้ เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในกรณีเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้และข้อแนะนำต่างๆ ในคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ รวบรวมจากการทบทวนจากตำรา งานวิจัย ประสบการณ์ในการทำงาน และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แล้วผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ เป็นเพียงแค่แนวทางในการเลือกปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำนี้ได้ ในกรณีที่พบสถานการณ์ที่แตกต่างไปหรือมีเหตุผลสมควร โดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับของสังคม

1.5 คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามคำศัพท์

ญาติ	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลเช่น สามเณร/ภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น ⁵
ผู้ดูแล	หมายถึง บุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว มาดูแลและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโดยได้รับค่าจ้าง ⁵
ผู้สูงอายุ	หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ⁹

ภาวะสมองเสื่อม	หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อความจำ ความคิด ความสามารถในด้านต่างๆรวมถึงการตัดสินใจอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีความผิดปกติด้านภาษา บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ^{4,5,6}
การเตรียมความพร้อม	หมายถึง การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาการแสดง เทคนิคในการดูแล รวมถึงการปรับทัศนคติที่ดีของญาติและผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
Thai Mental State Examination (TMSE)	หมายถึง แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง พ.ศ. 2536 ¹⁰
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	หมายถึง แบบประเมินพุทธิปัญญา ¹¹
The Barthel ADL Index	หมายถึง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธอล ¹²

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1) นางสาวปิณฑิพร สิริทิพากร ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาล หอผู้ป่วยมรดกวารานุสสรณ์ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 วันต่อสัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 40) เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยด้านอายุรศาสตร์และให้การดูแลรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่บุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่เจ็บป่วยทุกแผนก จำนวน 23 เตียง เป็นห้องพิเศษเดี่ยว 17 เตียงและพิเศษรวม 6 เตียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่มารับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยถึงวิกฤตและเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ซึ่งมักจะมีภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคร่วม และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) ร่วมกับทีม Palliative care

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

งานวิชาชีพ

1. ปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล วางแผน มอบหมายงานให้สมาชิกในทีมตามความรู้ความสามารถ เป็นผู้นำในการประชุมก่อนและหลังการพยาบาล (Conference) เพื่อร่วมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาลและหาแนวทางปฏิบัติที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน
2. นิเทศ ควบคุมดูแลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงาน
3. เป็นที่ปรึกษาของพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลระดับรองลงมา
4. ตรวจเยี่ยม สังเกตอาการ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขา เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายและสอดคล้องกับแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาลพร้อมทั้งบันทึกทางการพยาบาล
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ภาวะโภชนาการ และอาการทางคลินิกระหว่างภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium), ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยการใช้แบบทดสอบการตรวจหาภาวะความ

พิการทางสมอง ฉบับภาษาไทย (TMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบฉบับ (CAM algorithm Thai version) เป็นต้น รวมทั้งประเมินระดับความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกด้าน เผื่อระวังการเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม และส่งเสริมความสามารถทักษะเดิมที่ผู้ป่วยยังคงเหลืออยู่ เช่น ความสามารถในการดูแลตัวเองพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว การรับประทานอาหาร โดยใช้อุปกรณ์ หรือกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การเย็บผ้า การทำอาหาร เป็นต้น โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ใช้ทักษะนั้นๆ เพื่อคงความสามารถของสมองในด้านต่างๆ เอาไว้ให้มากและนานที่สุด เพื่อชะลอความเสื่อมของสมองให้ได้ยาวนานที่สุด ติดตามประเมินสภาพจิตใจ การยอมรับสภาพการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมถึงการประเมินความพร้อมของญาติและผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กฎหมายและเศรษฐกิจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ รับฟังความรู้สึกของทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ให้คำแนะนำเทคนิคในการดูแลและการรับมือกับปัญหาและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เสริมสร้างเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้กับญาติและผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ทางหลอดเลือดดำ ทางพอร์ต (Port A Cath) และชนิดรับประทาน ตั้งแต่การซักประวัติ เจาะเลือดส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะผล CBC เพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้ว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายพร้อมในการได้รับยาหรือไม่ รวมถึงประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เพราะอาจมีความวิตกกังวล ท้อแท้ สูญเสียภาพลักษณ์ได้ เป็นต้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะให้และหลังให้ยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในแต่ละสูตรยา ได้แก่ การประเมินสภาพช่องปาก และการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดแผลในปาก (Mucositis) ประเมินหลอดเลือดดำทุกครั้งว่ามี Phlebitis หรือมีการรั่วซึมหรือไม่ ก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้ง แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานผักสด เลือktanผลไม้ที่มีเปลือกหนา และปอกเปลือก หลีกเลี่ยงการไปแหล่งชุมชนในช่วงที่มีเกล็ดเลือดต่ำ (Nadir period) เป็นต้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถซักถามข้อสงสัย

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่มารับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงในตับ (Trans Catheter Oil Chemo Embolization: TOCE) โดยการประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สภาพจิตใจ ความวิตกกังวลในการรักษา การเตรียมผิวหนังบริเวณขาหนีบและการปฏิบัติตนหลังการรักษา เช่น ต้องนอนราบห้ามงอขาข้างที่ทำหัตถการอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ติดตามสัญญาณชีพและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ มีเลือดซึมจากผ้าปิดแผล ขา มีไข้สูง เป็นต้น ตลอดจนให้การแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

8. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลการจัดการกับอาการปวด โดยให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งให้การพยาบาลอื่นๆเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การประคบร้อนเย็น การพูดคุยให้กำลังใจ การให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล พุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดทำทางผู้ป่วยให้สุขสบายและเหมาะสมผ่อนคลาย เป็นต้น สร้างสัมพันธภาพครอบครัวและส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ ศรัทธาของแต่ละบุคคลเท่าที่จะทำได้ เปิดโอกาสให้ญาติเพื่อนและบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตามความต้องการ ปลอดภัย ให้กำลังใจแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยจากไป

9. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้หลัก Standard Precaution Technique เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

10. ปฏิบัติการช่วยชีวิต โดยการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ติดต่อแพทย์ Code A ช่วยแพทย์ในการช่วยชีวิตและช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและนิตยา ให้น้ำเกลือตามแผนการรักษา

11. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ การเจาะหลัง เจาะช่องท้อง เจาะปอด การทำ chest drain เป็นต้น โดยการประเมินอาการและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ลงนาม consent ยินยอมก่อนทำหัตถการ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญของการทำหัตถการ ตลอดจนการพยาบาลที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ให้กำลังใจขณะทำหัตถการ เฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

12. ติดต่อประสานงานกับแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

13. ช่วยดูแลจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ เพื่อให้มีความปลอดภัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

งานบริหาร

1. เข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าพยาบาล พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล เพื่อรับทราบนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ร่วมเสนอแนะแนวทางและวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน ตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาลและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง

2. ทำหน้าที่หัวหน้าทีมในการวางแผนปฏิบัติงานประจำวันกับบุคลากรในหน่วยงาน เป็นผู้นำในการประชุมก่อนและหลังการพยาบาล (Conference) มอบหมายงาน ควบคุมกำกับ นิเทศ ติดตามผลการปฏิบัติงานบุคลากร เพื่อร่วมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาลและหาแนวทางปฏิบัติที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน สัปดาห์ละ 2 วัน

3. ร่วมเป็นกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยทุกระดับ ปีละ 2 ครั้ง

4. ช่วยควบคุมดูแลความประพฤติและลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรระดับรองลงมา ให้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม สัปดาห์ละ 2 วัน

5. ช่วยจัดและปรับอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในแต่ละวันและแต่ละเวร

6. กระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการพิจารณาความดีความชอบ

7. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้

8. ช่วยสำรวจความต้องการใช้ ดูแลบำรุงรักษา จัดเตรียมวัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ให้มีเพียงพอและอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ตลอดจนช่วยควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า

2) นางสาวปิติพร สิริทิพากร ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล ศิริราช ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ปริมาณเวลาที่ใช้ 3 วันต่อสัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 60)

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. การคัดกรองกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุก่อนพบแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ เช่น เดินไม่มั่นคง หกล้ม นอนติดเตียง หลงลืม สับสน มีปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืน เป็นต้น โดยการสืบค้นจากเวชระเบียนก่อนวันตรวจ

2. คัดกรองภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยในคลินิก เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับความดันตัวบน Systolic blood pressure สูงมากกว่า 140 mmHg และความดันตัวล่าง Diastolic blood pressure สูงมากกว่า 100 mmHg และประสานการดูแลเร่งด่วนกับห้องฉุกเฉิน (ER) อย่างเหมาะสม ตามระบบขั้นตอน

3. ประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ TMSE หรือ MoCA และภาวะซึมเศร้าด้วย TGDS ร่วมกับนักจิตวิทยา และประสานให้แพทย์ ทำการประเมินเพิ่มเติม ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม

4. ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรด้วยตนเอง (function: Activities of daily living) เพื่อให้คำแนะนำดูแลที่เหมาะสม

5. ช่วยจัดระบบคลินิกให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

6. ให้คำปรึกษา วางแผนการให้การพยาบาลร่วมกับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในรายที่มีปัญหาในการดูแล

7. จัดกิจกรรมในด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การจัด Workshop ในด้านต่างๆ สำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การจัดอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมสานสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งจัดปีละ 5 ครั้ง โดยเฉลี่ย ในแต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมการอบรมตั้งประมาณ 150-300 คน

8. ช่วยงานวิจัยของคลินิกผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่เป็นผู้ดำเนินการหลักเองในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งในการเขียนโครงร่างงานวิจัย ขออนุมัติจริยธรรม รวบรวมผู้ป่วย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ และเขียนสรุปผล ตลอดจนนำผลงานวิจัยเผยแพร่ทั้งในวารสารและงานประชุมวิชาการของสมาคมและองค์กรวิชาชีพ

9. เขียนบทความวิชาการให้กับวารสารและหนังสือต่างๆ

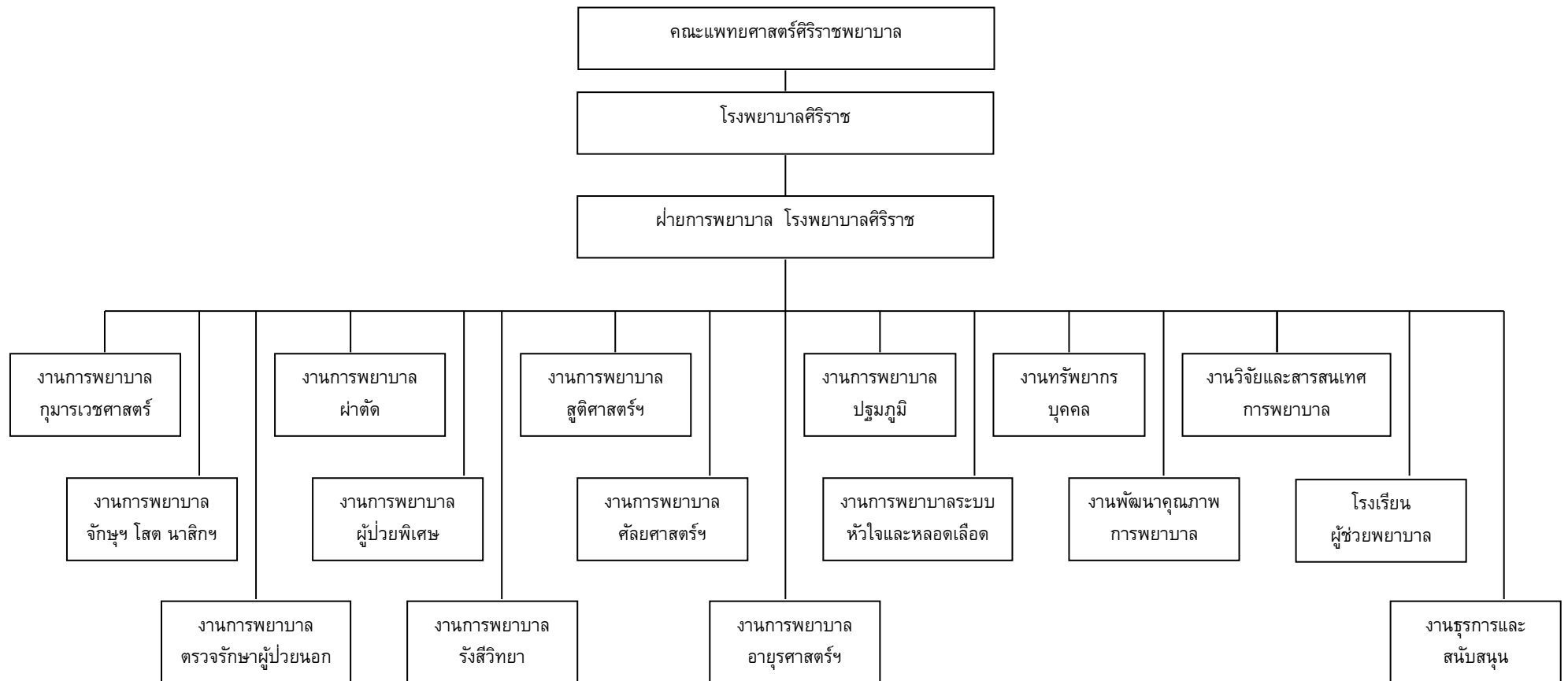
10. เป็นวิทยากรในงานประชุมวิชาการของสมาคมและชมรมวิชาชีพตามที่ได้รับมอบหมาย
11. ประสานการดูงานจากบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาปริญญาตรี ปริญญาโท และบุคลากรนอกคณะและบุคลากรจากต่างประเทศ
12. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกผู้สูงอายุเข้าในหอผู้ป่วย ประสานกับทีมบุคลากรของคลินิกและติดตามการดูแล เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย

งานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

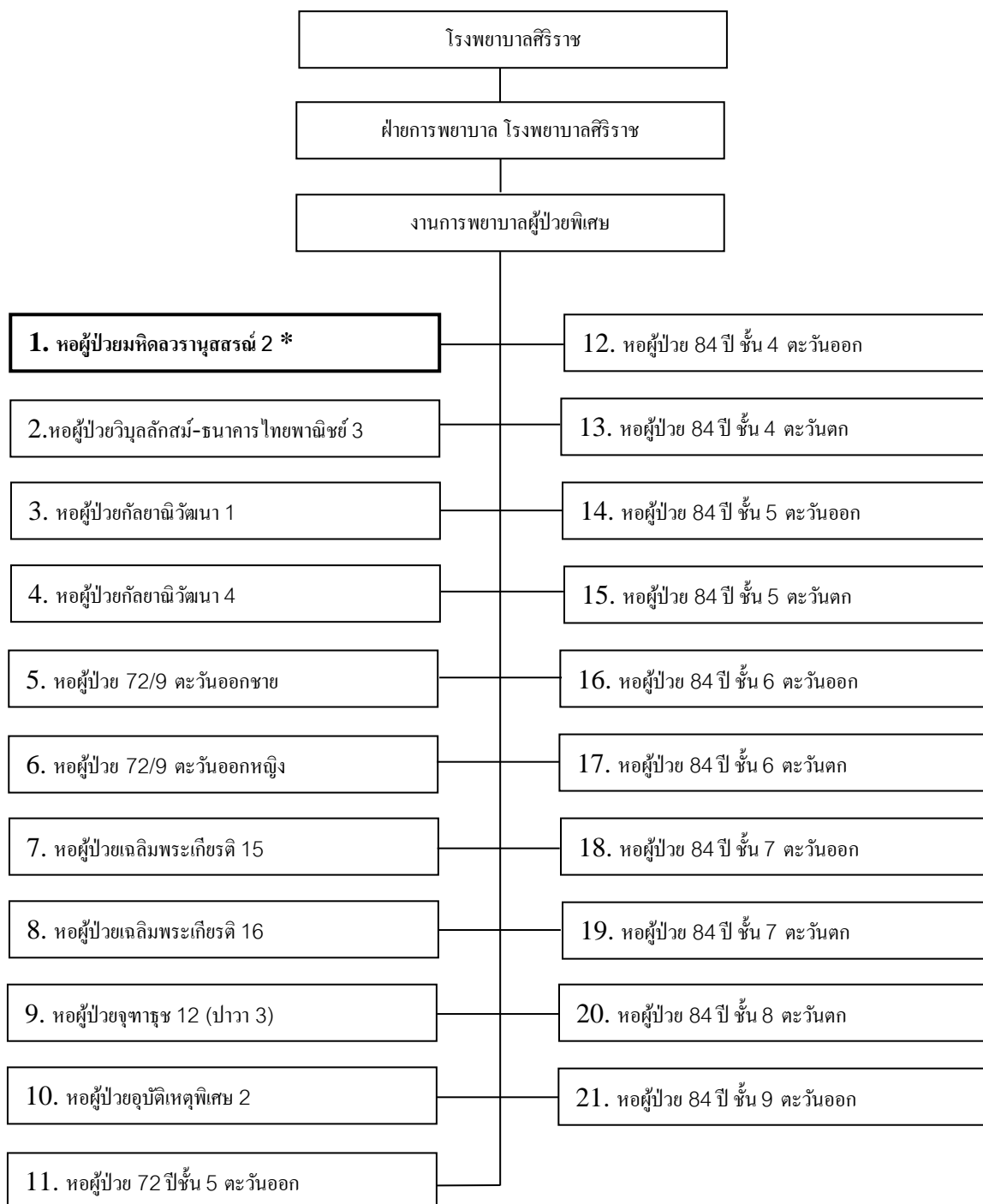
1. ปฏิบัติหน้าที่คณะอนุกรรมการวิจัยและส่งเสริมการขอตำแหน่งชำนาญการ/เชี่ยวชาญ ประจำปี 2559 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เพื่อวางแผนในการดำเนินงานประจำปี ดำเนินงานตามแผน ติดตามประเมินผล กระตุ้นให้บุคลากรในงานฯ สนใจในการทำวิจัย นวัตกรรม คู่มือการพยาบาล เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่สนใจทำวิจัย นวัตกรรม คู่มือการพยาบาล ร่วมอ่านผลงานทางวิชาการ โครงร่างวิจัยและให้คำแนะนำในการเขียน โครงร่างการวิจัยเพื่อส่งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เดือนละ 1 ครั้ง
2. อาจารย์สอนในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยพยาบาล ในโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ช่วยพยาบาล ให้กับผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยสอนในหัวข้อเรื่อง “หลักการประเมินผู้สูงอายุแบบครบถ้วน” และหัวข้อเรื่อง “อาการปวด การบรรเทาปวด” ปีละ 1 ครั้ง
3. เป็นวิทยากรบรรยายรับเชิญทั้งภาครัฐและเอกชน บรรยายในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เฉลี่ยปีละ 6-8 ครั้ง
4. คณะกรรมการ โครงการเตรียมความพร้อมและสนับสนุนวิชาการ เพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของประเทศไทย ปีละ 3-4 ครั้ง
5. คณะทำงานจัดร่าง โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 3-5 ครั้ง

2.2 โครงสร้างการบริหารจัดการ

แผนภูมิที่ 2.1 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

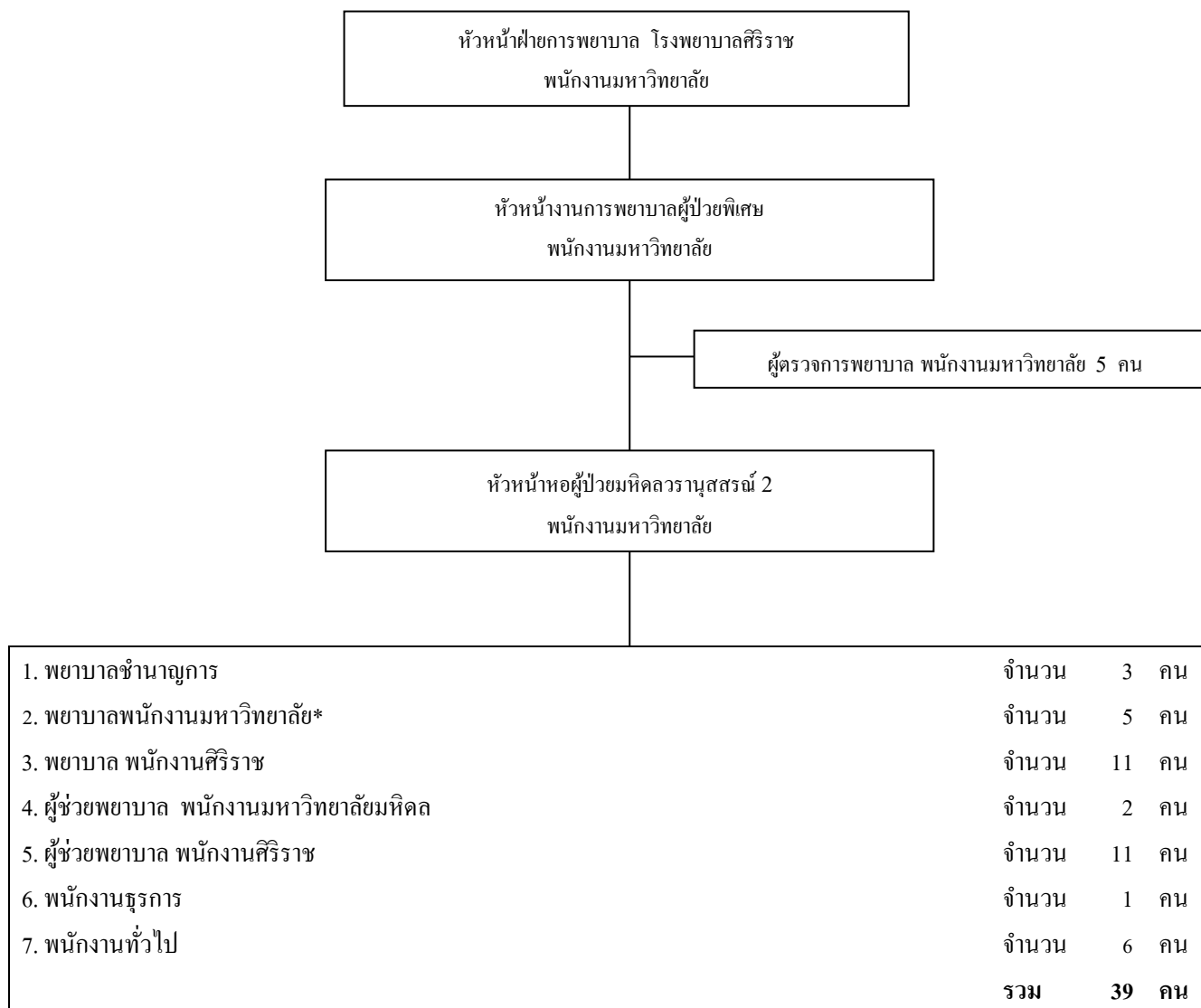


แผนภูมิที่ 2.2 แสดงโครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ



หมายเหตุ * พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย เสนอขอตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

แผนภูมิที่ 2.3 แสดงสายการบังคับบัญชาของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ



หมายเหตุ * พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย เสนอขอกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

บทที่ 3

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว

3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้คำจำกัดความ หรือ นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ในแต่ละประเทศยังคงไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่ใช้ในการนิยามและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน แต่ได้เริ่มเกิดขึ้นเมื่อแต่ละประเทศมีการพัฒนาระบบสวัสดิการ สิทธิประโยชน์สำหรับประชากรวัยสูงอายุ โดยมีแนวคิดที่ตรงกันว่าเมื่อประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการทำงานลดลง จึงสมควรได้รับสวัสดิการจากรัฐ ดังนั้นจึงได้มีการกำหนดนิยามคำว่าผู้สูงอายุให้หมายถึง วัยเกษียณจากการทำงาน ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปี ขึ้นไป เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศเหล่านี้ค่อนข้างสูง^{9,13}

สำหรับประเทศไทยปัจจุบันได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมากในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการสาธารณสุขเช่นกัน และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นมาก ทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น แต่เมื่อพูดถึงคำว่า “ผู้สูงอายุ” แล้ว ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 3 จะหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งประเทศไทยใช้หลักเกณฑ์นี้ในการแบ่งวัยสูงอายุออกจากวัยผู้ใหญ่ รวมถึงใช้เป็นเกณฑ์ของการเกษียณอายุของข้าราชการไทยด้วย^{9,13}

3.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ

การให้การพยาบาลผู้สูงอายุเป็นการดูแลระยะยาวโดยจะมุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะทำให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีความรู้ ความสามารถในด้านสุขภาพ ในการให้คำปรึกษา สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีแนวทางในการให้การดูแลตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายดังนี้^{14,15}

3.2.1 สุขภาพทั่วไป

- การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Health maintenance)
- การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)
- การป้องกันโรค (Disease prevention)

- การได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection of disease and function decline)

3.2.2 มีโรคเรื้อรังหรือภาวะทุพพลภาพ

- การควบคุมโรค (Disease control)
- การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Health maintenance)
- การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)
- การป้องกันโรค (Disease prevention)
- การได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection of disease and function decline)

3.2.3 ความห่ออม/ บอบบางในผู้สูงอายุ (Frail elderly)

- การควบคุมกลุ่มอาการต่างๆ (Symptoms controlled)
- การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Health maintenance)
- การป้องกันโรค และเฝ้าระวังการเกิดโรคอื่นร่วม (Disease prevention)
- การได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection of disease and function decline)
- การไม่ทำการใดๆที่ก่อให้เกิดผลเสีย ความเสี่ยงหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย (Do no harm)

3.3 ผู้ดูแลผู้ป่วย

ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” หรือศัพท์ในภาษาอังกฤษ คือ “caregiver” หรือ “carers” มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานจากความผูกพันทางเครือญาติ¹⁶

ผู้ดูแล หมายถึง ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล¹⁷

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีความสัมพันธ์กันแบบญาติ และไม่รับค่าตอบแทน¹⁸

สรุปสำหรับคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ ผู้เขียนให้คำจำกัดความคำว่า ญาติ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และได้ให้ความช่วยเหลือ และดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พิกการหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พิกการ

หรือเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้โดยไม่ได้รับค่าจ้าง และผู้ดูแล หมายถึง บุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว มาดูแลและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโดยได้รับค่าจ้าง

3.4 ความหมายและประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.4.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือองค์กรที่มีการผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินค่าตอบแทน จากการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งสามารถแบ่งตามความเป็นวิชาชีพให้ชัดเจนมากขึ้นดังนี้^{16,18}

- ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษา จากสถาบันของภาครัฐ หรือภาคเอกชนที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากกระทรวงศึกษาธิการ มีใบประกอบวิชาชีพ ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทนผู้ดูแลกลุ่มนี้คือ แพทย์ พยาบาล เกษัตริกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทยอื่นๆ

- ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-professional caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากสถาบันของภาครัฐหรือภาคเอกชน ในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เช่น การช่วยเหลือในการอาบน้ำ การรับประทานอาหารและยา การให้อาหารและยาทางสายอาหาร การดูดเสมหะ การเดิน การออกกำลังกาย เป็นต้น ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน มีใบประกาศนียบัตร ผู้ดูแลกลุ่มนี้คือ ผู้ช่วยพยาบาลผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

- ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน แต่เข้ามาทำหน้าที่การช่วยดูแลผู้ป่วย โดยได้รับค่าตอบแทนผู้ดูแลในกลุ่มนี้ได้รับการฝึกสอนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

3.4.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อนแต่จะได้รับการฝึกสอนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความกตัญญู สำนึกบุญคุณ ความผูกพันหรือหน้าที่^{16,18}

3.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย หรืออยู่ในภาวะพึ่งพา บทบาทของพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งและเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะให้

การช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริมผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย⁹

3.5.1 บทบาทการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแล (Care management)

พยาบาลมีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำมาพัฒนา จัดระบบในการดูแล

3.5.2 บทบาทการดูแลปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care)

พยาบาลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนครอบคลุมในทุกมิติ ได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถผสมผสานความรู้กับการนำเทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน มาใช้ให้เกิดประโยชน์

3.5.3 บทบาทการทำหน้าที่ประสานงาน (Collaboration)

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยประสานงานกับ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงชุมชน แหล่งประโยชน์ในชุมชน

3.5.4 บทบาทการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การให้ความรู้ (Educating)

การฝึก (Coaching) การเป็นที่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

โดยการช่วยฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ความรู้ทาง ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์ทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ความเศร้าโศก การสูญเสียได้

3.5.5 บทบาทการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการให้การดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพในการจัดการปัญหาที่ซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างออกไปเป็นรายกรณี

3.5.6 บทบาทผู้นำในการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

คิดค้นนวัตกรรม โครงการ หรือการศึกษาค้นคว้าแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) มาขยายผล หรือมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพเป็นเลิศ อย่างต่อเนื่อง เพราะผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการแตกต่างกันไปในแต่ละราย

3.5.7 บทบาทการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

การให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและพิทักษ์สิทธิเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างเป็นธรรม และปลอดภัย ทั้งนี้รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวด้วย

3.5.8 บทบาทการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

มีการติดตามการศึกษา ผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

3.5.9 บทบาทการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดทางการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพในการดูแลต่อไป

การพยาบาลผู้สูงอายุนับว่าเป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างใหม่ เอกสารทางการพยาบาลผู้สูงอายุยังมีน้อย พยาบาลหลายคนยังเกิดความไม่เข้าใจและเข้าใจไม่ถูกต้องว่าการพยาบาลผู้สูงอายุไม่แตกต่างไปจากการพยาบาลผู้ใหญ่หรือวัยอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุไม่ถูกต้องและครอบคลุม อาจจะถูกละเลยในบางประเด็นปัญหา รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องถึงครอบครัวผู้ดูแลด้วย ทำให้การพยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้

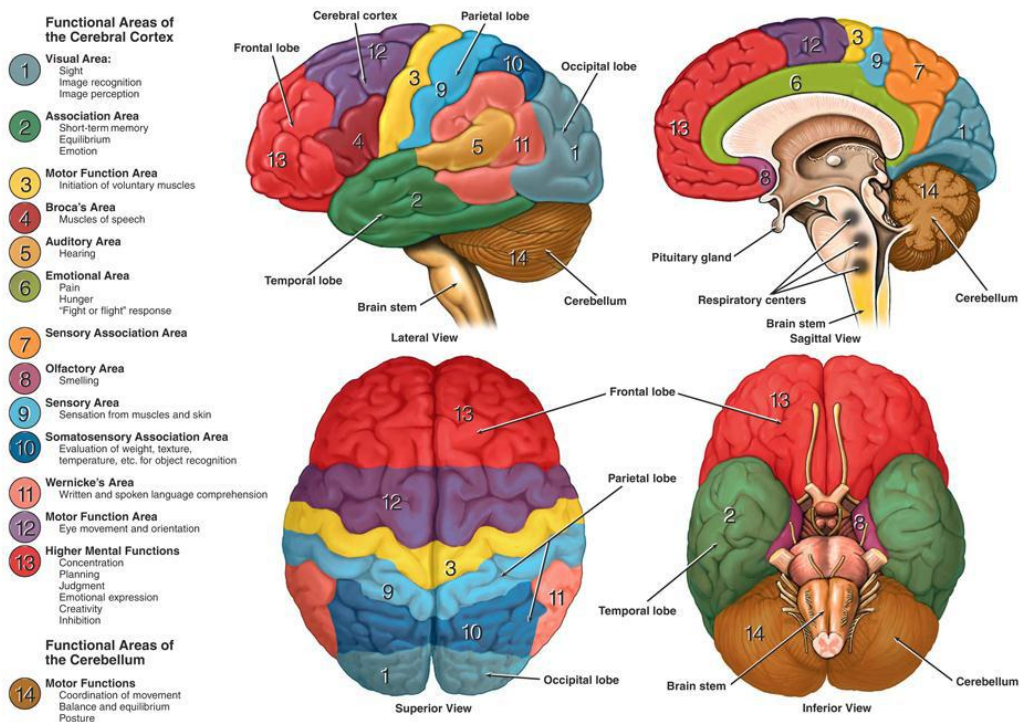
บทที่ 4

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการรักษา

4.1 กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของสมอง

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญ และมีความซับซ้อนในการทำงานมากที่สุด ในคนปกติจะมีเซลล์สมองมากกว่าพันล้านตัว ทำให้มนุษย์มีความเฉลียวฉลาด เข้าใจหลายๆเรื่อง และสามารถปรับตัวกับสิ่งต่างๆได้ดี และทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์อื่น คือ มีสิ่งที่เรียกว่าความกตัญญู กตเวทีย มีความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่ การรู้ผิดรู้ชอบ เช่น อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ และเมื่อมีอายุมากขึ้นเซลล์สมองจะลดจำนวนลงเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น ตามขบวนการธรรมชาติที่เกิดมาจกความชราภาพ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะพบว่ามึปริมาณหรือจำนวนเซลล์ของสมองที่ทำงานลดลงอย่างมาก ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการทำงานของสมองในแต่ละส่วน ซึ่งแต่ละส่วนของสมองทำหน้าที่แตกต่างกัน^{20,21} ดังแสดงในตารางที่ 4.1

Anatomy and Functional Areas of the Brain



ภาพที่ 4.1 แสดง Anatomy and Functional Areas of the Brain²⁰ [สืบค้นวันที่ 11

พฤศจิกายน 2558 เวลา 10.32 น.]

ตารางที่ 4.1 Cerebral function, Related Impairment, and Nursing Interventions^{14,15}

Area of the brain	Functions	Impairment with Dementia	Nursing Interventions
Frontal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การตัดสินใจ/การแก้ไขปัญหา ▪ ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ▪ การมีสมาธิ ▪ การรับรู้วันเวลาสถานที่ ▪ ความสามารถที่จะเข้าใจผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ/การวางแผนการแก้ปัญหา ▪ หุนหันพลันแล่น ▪ ฟุ้งซ่าน ▪ สูญเสียการรับรู้วันเวลาสถานที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ให้คำแนะนำทีละขั้นตอน ▪ ช่วยเหลือในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ▪ ระวังเรื่องความปลอดภัย ▪ ลดสิ่งรบกวนอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนานมากขึ้น
Temporal (left and right)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การได้ยิน/การฟัง ▪ การอ่าน ▪ ความจำระยะสั้น ▪ การระลึกชื่อสิ่งของ ▪ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์โกรธ ▪ การบอกชื่อและรายละเอียดของสิ่งของ ▪ ความจำจากการมองเห็น/การสังเกต ▪ ความจำด้านภาษา 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีความผิดปกติของการใช้ภาษา ▪ มีปัญหาในการอ่าน ▪ สูญเสียความจำระยะสั้น ▪ สูญเสียการควบคุมอารมณ์โกรธ ▪ นึกชื่อสิ่งของ ชื่อคนไม่ได้ ▪ จำรูปภาพ/จำหน้าคนไม่ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ช่วยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยคิดคำศัพท์ไม่ได้ ▪ ใช้ท่าทางและภาษากาย

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) Cerebral function, Related Impairment, and Nursing Interventions^{14,15}

Area of the brain	Functions	Impairment with Dementia	Nursing Interventions
Parietal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การรับรู้ความรู้สึกเช่น สัมผัส การรับรู้รส รูปร่าง น้ำหนัก ▪ การระลึกเกี่ยวกับ รูปร่างและขนาด ▪ การจดจำทิศทางและ สิ่งแวดล้อม ▪ การระบุวัตถุประสงค์ ของสิ่งของต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ไม่สามารถระบุวัตถุ ได้จากการสัมผัส พื้นผิว/น้ำหนักและ ขนาด ▪ มีความบกพร่องการ บอกตำแหน่ง/หลง ทาง ▪ ไม่สามารถบอกถึง วัตถุประสงค์ของ สิ่งของต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ช่วยให้คำแนะนำ ▪ ใช้สัญลักษณ์ช่วยให้ เกิดความเข้าใจ เช่น ห้องน้ำ
Occipital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ควบคุมการมองเห็น และการรับรู้รู้สึก เกี่ยวกับการมองเห็น รวมภาพที่เห็นเข้ากับ ประสบการณ์ด้าน ความรู้สึก 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีปัญหาในการ มองเห็น ▪ เห็นภาพหลอน ▪ สูญเสียการรับรู้ภาพ สามมิติ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การเข้าถึงผู้ป่วย โดย ให้เผชิญหน้า สบตา ให้ความมั่นใจกับ ผู้ป่วย ▪ ระวังความปลอดภัย
Hippocampus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ความจำระยะสั้น ▪ เก็บรักษาความจำใหม่ เป็นความจำระยะยาว ▪ การเรียนรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สูญเสียความจำระยะ สั้น ▪ ถามซ้ำๆ ▪ สับสนได้ง่าย ▪ สูญเสียการรับรู้ด้าน เวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ตอบคำถามซ้ำๆ ด้วย คำพูดที่นุ่มนวล ▪ หากิจกรรมอื่นมา เบี่ยงเบนความสนใจ ▪ ปล่อยให้ผู้ป่วยในการ ตัดสินใจเรื่องต่างๆ
Amygdala	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การตอบสนอง ทางด้านอารมณ์ ▪ พฤติกรรมทางเพศ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ โกรธง่าย ▪ กลัว ▪ พฤติกรรมทางเพศ ไม่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หากิจกรรมอื่นมา เบี่ยงเบนความสนใจ

4.2 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หรือ Dementia มาจากคำว่า “demens”ซึ่งมาจากภาษาละติน แปลว่า ภาวะที่หลุดออกไปจากโลกของความเป็นจริง (Being out of mind)สำหรับประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน ดังนี้

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมการทำงานของสมองทั้งหมด และส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ ความจำ ความรอบรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ²¹

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ กลุ่มอาการซึ่งเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้ เพราะมีการเสื่อมของระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆและสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเองมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน^{1,3}

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ การทำงานของสมองบกพร่องในด้านปริชานปัญญา (cognitive) ซึ่งได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา สมาธิ ความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว มีผลกระทบกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน²²

สรุป ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมองทำงานลดลงจากเดิม ซึ่งไม่ได้เป็นมาโดยกำเนิด ส่งผลให้ ความจำ ความคิด ความรู้และการตัดสินใจอย่างเป็นทางการเป็นเหตุเป็นผลแย่งลง มีความผิดปกติทางด้านภาษา มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ บุคลิกภาพ และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.3 สาเหตุและพยาธิสรีรสภาพ

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุหลายประการ คือ

4.3.1 เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง หมายความว่า เนื้อสมองมีการเสื่อมสลายหรือมีการตายเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วยังไม่ทราบว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ไม่ทราบว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้นทำให้เนื้อสมองมีการตาย ในกลุ่มนี้โรคที่พบบ่อยมากถึงร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease)^{1,3} รองลงมาคือโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease dementia) ภาวะสมองเสื่อมลิวีบอดี้ (dementia with Lewy bodies) ภาวะสมองเสื่อมฟรอนโทเทมเพอรัล (Frontotemporal dementia) และโรคฮันติงตัน (Huntington’s disease)^{22, 23}

4.3.2 เกิดจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัวหรือมีการแตก หรือตีบตัวผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงในระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตายไป จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่แนวโน้มว่า จะมีเส้นเลือดสมองตีบผิดปกติ มักจะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมดังนี้โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ เป็นต้น^{3, 5, 6, 22, 23}

4.3.3 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียในสมอง ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบและเกิดการเสียหายของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความจำเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เป็นลักษณะของคนเป็นสมองเสื่อมได้^{1, 3}

4.3.4 เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามิน B1 หรือวิตามิน B12^{1, 22, 23}

- วิตามิน B1 เป็นสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ ผู้ที่ขาดวิตามิน B1 มักจะพบในผู้ป่วยที่ติดเหล้า หรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

- วิตามิน B12 มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำงานของสมอง ผู้ป่วยที่ขาดวิตามิน B12 มักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งอย่างเรื้อรัง เป็นเวลานานหลาย ๆ ปี ดังนั้น คนที่รับประทานมะเร็งอย่างเรื้อรัง จึงควรได้รับวิตามินเสริมเป็นครั้งคราว เพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจพบการขาดวิตามิน B12 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร และถ้าได้เล็กส่วนต้นออกไป ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารบางอย่าง ซึ่งช่วยหรือเป็นตัวจำเป็นในการดูดซึมวิตามิน B12 จากกระเพาะอาหารและถ้าได้เข้าสู่ระบบร่างกาย

4.3.5 เกิดจากการแปรปรวนของเมแทบอลิซึมของร่างกาย เช่นการทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากไป หรือทำงานน้อยไป การทำงานของตับหรือของไตผิดปกติไป จะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าภาวะอย่างนี้เป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมได้⁵

4.3.6 เกิดจากการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนเช่น การเกิดอุบัติเหตุ หรือนักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระทบกระแทกสิ่งต่าง ๆ เช่นนักมวย¹

4.3.7 เกิดจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้¹

4.3.8 เกิดจากโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) ผู้ป่วยจะมีอาการ เหนื่อยหา สมาธิสั้น ไม่ค่อยสนใจ ความจำที่แย่ง หลงลืม แต่จะมีอาการเดินผิดปกติร่วมด้วย เช่น เดินช้า ก้าวขาไม่ออก ขาไม่พ้นจากพื้น เดินชอยเท้า ทรงตัวไม่ดี ล้มบ่อย การเดินจะแย่งช้าๆ จนอาจจะเดินไม่ได้เลย

นอกจากเรื่องเดินผิดปกติแล้ว ในระยะท้ายผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาปัสสาวะราดออกมาโดยไม่บอกหรือปัสสาวะราดออกมาเข้าห้องน้ำไม่ทัน²⁴

สรุป ภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม หากผู้ป่วยได้รับการตรวจพบ วินิจฉัยได้เร็วจะสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมองได้ โดยต้องร่วมกับการวางแผนเตรียมญาติ และผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

ระยะของโรคอัลไซเมอร์

ในที่นี้จะขอพูดถึงโรคอัลไซเมอร์เนื่องจากเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 50-70 ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์นี้มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ทาง Alzheimer's Association และ Reisberg B. จึงได้แบ่งระยะของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็น 7 ระยะ ตาม Memory loss และ Functional loss ดังตารางที่ 3.2¹⁴

ตารางที่ 4.2 ระยะของโรคอัลไซเมอร์

	Memory loss	Functional loss
Stage 1	ไม่มีปัญหาของด้านความจำ	ยังไม่พบความผิดปกติใดๆ สามารถทำงานได้ปกติ
Stage 2	Very mild decline เริ่มมีหลงลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน	ผู้ป่วยเองจะเริ่มรู้สึกว่าคุณสมบัติในการจำน้อยลง แต่ไม่เป็นที่สังเกตสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด
Stage 3	Mild cognitive decline มีปัญหาในการจำชื่อคน	ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ลดลง
Stage 3 (ต่อ)	ใหม่ๆหรือสถานที่ใหม่ ไม่ได้ ถ้าวอกจากบ้านอาจมีหลงทางได้ พุดซ้ำ ถามซ้ำ	การเก็บสิ่งของผิดที่หรือหาของของตนเองไม่เจอ
Stage 4	Moderate cognitive decline ลืมประวัติส่วนตัวความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง	มีความยากในการทำกิจกรรมต่างๆเช่น การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการการเงิน การใช้จ่าย เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ทำบางอย่างที่ไม่สมเหตุผล

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ระยะของโรคอัลไซเมอร์

	Memory loss	Functional loss
Stage 5	Moderately severe decline สับสนเรื่องเวลาและ สถานที่ที่ไม่สามารถจำเรื่อง สำคัญของชีวิต	อาจจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้า สวมใส่ที่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ บางครั้งไม่สามารถจำบ้านของตนเองได้
Stage 6	Severe decline ไม่สามารถที่จะจำ เหตุการณ์ที่เกิดเร็วๆนี้	สูญเสียความรู้คิด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมและ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีปัญหาในการนอนหลับ เดินไปมาไร้จุดหมาย และหลงทาง
Stage 7	Very severe decline	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆได้ บาง รายจะไม่เดิน สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร จะมี ปัญหาข้อคิด ปัญหาการกลืน

4.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะทำให้นึกถึงว่าผู้ป่วยจะมีแต่อาการหลงลืม แต่นอกจากปัญหาเกี่ยวกับความจำหลงลืมแล้วผู้ป่วยยังมีอาการและอาการแสดงอื่นๆ ที่ญาติหรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะสามารถสังเกตเห็นได้ คือ การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ผิดไป (Disorientation) ความคิด การตัดสินใจ ความเป็นเหตุเป็นผล การแก้ไขปัญหา (Executive function) ขาดสมาธิ ความสนใจเบี่ยงเบนได้ง่าย (Attention) ขาดความสามารถในการคำนวณ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด ไม่สามารถเชื่อมโยงเรื่องราวและสถานการณ์จริงได้ ความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล เช่น จากการมองเห็น แต่ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกได้ว่าของสิ่งที่เห็นคืออะไร ไร้ทำอะไร จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรืออาจแปลผลการรับสัมผัสและการตอบสนองต่อการรับสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป (Agnosia) ความบกพร่องนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้ จนในที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ที่เคยทำได้เป็นอย่างดีมาก่อน เช่น การทำอาหาร ทักษะอื่นๆ จากการทำงานที่เคยทำทุกวัน เช่น การขับรถ การเขียนปึกฉกรรจ์ของผู้ป่วยจะผิดไปจากเดิม เป็นต้น โดยในระยะแรกๆ อาการเหล่านี้จะไม่ค่อยชัดเจน ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านความจำหลงลืมเป็นหลัก โดยเฉพาะความจำ

ปัจจุบันที่เกิดขึ้นไม่นานและต่อมาการดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ จนโรคดำเนินมาถึงระยะปานกลาง (Mild dementia) ผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป (*Behavioural and psychological symptoms of dementia: BPSD*) ร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการใช้การดูแลและอาการที่พบได้บ่อยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้^{25,26}

1) อารมณ์ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (Depression/Apathy) โดยผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง และขาดความริเริ่มในเรื่องต่างๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้น

2) วิตกกังวล (Anxiety) มักพบในระยะแรก เนื่องจากกลัวถูกหลอกหลานทอดทิ้ง จึงมักจะเรียกถูกหลอกหลานบ่อยๆ หรือตลอดเวลาโดยไม่จำเป็น หรืออาจกังวลเกี่ยวกับเปิดปิดไฟ และประตูหน้าต่าง เป็นต้น

3) การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (Irritability) มักพบในระยะแรกหรือปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการเกรี้ยวกราด ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

4) การขาดการยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเองและตอบสนองสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำอย่างนั้นไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือดีใจมากผิดปกติ พูดจาก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ทำลายข้าวของ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พฤติกรรมเหล่านี้ สร้างความลำบากให้กับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และอาจก่อให้เกิดผลเสียหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

5) ประสาทหลอน (Hallucinations) ผู้ป่วยมักเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเองหรือเป็นภาพหลอนชนิดอื่นๆ ร่องลงมาเป็นประสาทหลอนทางหู ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน

6) การหลงผิด มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง (Delusions) อาการที่พบบ่อยคือแบบ Paranoid delusion/ Delusions of theft โดยเฉพาะรู้สึกว่าจะมีคนมาขโมยของ คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน คิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนของตนเองรู้จัก บางรายพูดกับตนเองในกระจกไปอาศัยบ้านอื่นที่ไม่ใช่บ้านของตน คิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน คิดว่าญาติหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นปลอมตัวมาอาการหลงผิดเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาได้

7) อาการกระวนกระวาย (Agitation/ Aggression) แสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้อง หรือ พฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม โดยต้องแยกออกจากอาการสับสนและการกระทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะของก้าวร้าว กระวนกระวาย ได้แก่

a) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกาย (Physically non-aggressive) เช่น นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่างๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล เช่น ของที่เก็บตามถนน อาการพลุ่งพล่าน การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ การมีกริยาท่าทางแปลกๆ

b) มีอาการก้าวร้าวทางกาย (Physically aggressive) เช่น การหยิก กัด ทบตี ประทุษร้ายคนรอบข้างและผู้ดูแล

c) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (Verbally non-aggressive) เช่น การพูดจาซ้ำๆ การเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง การพูดตะกุกตะกัก การพูดต่อต้านผู้ดูแล

d) มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (Verbally aggressive) เช่น กรีดร้อง คำทอ ทำเสียงแปลกๆ และยังพบว่าลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมแบบไม่อยู่นิ่ง เดินไปมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้มได้ง่าย

8) อาการเดินไปมา อย่างไม่รู้จุดหมาย (Wandering) เป็นอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น เดินหาข้าวของ เดินไปมาพยายามทำงาน (ซึ่งงานนั้นๆ ไม่ประสบผล) หรือพยายามเดินออกจากบ้าน

9) วงจรการนอน/ตื่นเปลี่ยนแปลง (Disruption of sleep-Wake cycle/ Sleep problem) ผู้ป่วยมักไม่ขอมนอนในตอนกลางคืน จะลุกมาเดินรุ่มร่ามในบ้านหรือเดินออกนอกบ้านเนื่องมาจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งเป็นปัญหาอย่างมากกับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย

10) การรับประทานอาหาร (Eating) จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกติไป อาจจะรับประทานอาหารตลอดเวลา จนนำไปสู่ภาวะอ้วนหรือไม่ยอมรับรับประทานอาหารเลย

11) ต้องการทางเพศ (Sexual inappropriate behaviors) บางรายจะพบว่ามีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้

12) อาการบ่นว่า (Complained) บางครั้งผู้ป่วยจะบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผลหรือจากอาการหลงผิด ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจและรู้สึกที่ตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงกลับไป จะยิ่งทำให้ปัญหาเลวร้ายยิ่งขึ้น

13) การเอาแต่ใจ (Intrusiveness) ผู้ป่วยมีลักษณะเอาแต่ใจ ไม่อดทนรอ เรียกร้อง และบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนต้องการ

14) การปฏิเสธต่อต้าน (Negativism) ผู้ป่วยจะคือและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำของผู้ดูแล ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองส่วน Frontal lobe

4.5 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

จุดมุ่งหมายของการคัดกรองเพื่อให้ตรวจพบภาวะสมองเสื่อมในระยะต้นในประเทศไทย ยังมีปัญหาและอุปสรรคมากมาย ทั้งด้านผู้ป่วยเองและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังมีความรู้ ความเข้าใจถึงภาวะสมองเสื่อมน้อย เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นการหลงลืมตามวัย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่มีอาการเริ่มแรก ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยพบโรคได้เร็ว นอกจากจะสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมองได้ ยังจะสามารถลดปัญหาแทรกซ้อนของโรคและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองที่เหมาะสมคือ ต้องกระชับ ใช้เวลาในการทำการทดสอบไม่นาน ทำได้ง่าย ผลการทดสอบไม่ขึ้นกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาษามีความไว ความจำเพาะที่ดีพอ และครอบคลุมในการประเมินความรู้คิดด้านต่างๆ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองในปัจจุบัน ได้แก่^{1,3,10,11}

3.5.1 Mimi-Mental State Examination (MMSE) : TMSE, MMSE-Thai 2002

3.5.2 Clock Drawing Test (CDT)

3.5.3 Abbreviated Mental Test (AMT)

3.5.4 Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)

3.5.5 The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

3.5.6 Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)

3.5.7 Brief Community Screening Instrument for Dementia (CSI 'D')

3.5.8 7-minute Screen (7MS)

3.5.9 Chula Mental test

3.5.10 Mini-Cog

สำหรับเครื่องมือที่นิยมใช้ในประเทศไทยอย่างแพร่หลายคือ Mimi-Mental State Examination (MMSE) : TMSE, MMSE-Thai 2002, Clock Drawing Test (CDT), Mini-Cog และ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ทั้งนี้พยาบาลผู้ที่ใช้เครื่องมือดังกล่าวนี้ต้องผ่านการฝึกการใช้เครื่องมือมาก่อน

4.6 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่ใช้กันมากที่สุดคือเกณฑ์ของ Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้^{1, 14, 22, 25}

4.6.1 มีความผิดปกติของสมรรถภาพสมอง (Cognitive function) เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างน้อย 1 ด้าน ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

- การมีสมาธิจดจ่อ (Complex attention) ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย
- การบริหารจัดการ (Executive function) การตัดสินใจบกพร่อง ไม่สามารถคิดวางแผนในกิจกรรมที่ซับซ้อนได้
- ความจำและการเรียนรู้ (Memory and Learning) ความจำระยะสั้นไม่ดี พุดซ้ำถามซ้ำ
- การใช้ภาษา (Language) มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้
- การรับรู้ (Perceptual) การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ผิดไป
- ความสามารถในการเข้าสังคม (Social cognition)

4.6.2 ความผิดปกติของการรู้คิดมีผลกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Independence) จนต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันแบบใช้อุปกรณ์ (Instrument Activities of daily living: IADLs) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมที่มีการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือ และเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้โทรศัพท์ ช้อน ตะเกียบ การจัดเตรียมอาหาร การซื้อของ การเดินทางออกนอกบ้าน เป็นต้น

4.6.3 ความผิดปกติของการรู้คิดนั้นไม่ได้เกิดจากภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน (Delirium)

4.6.4 ความผิดปกติของการรู้คิดนั้นไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

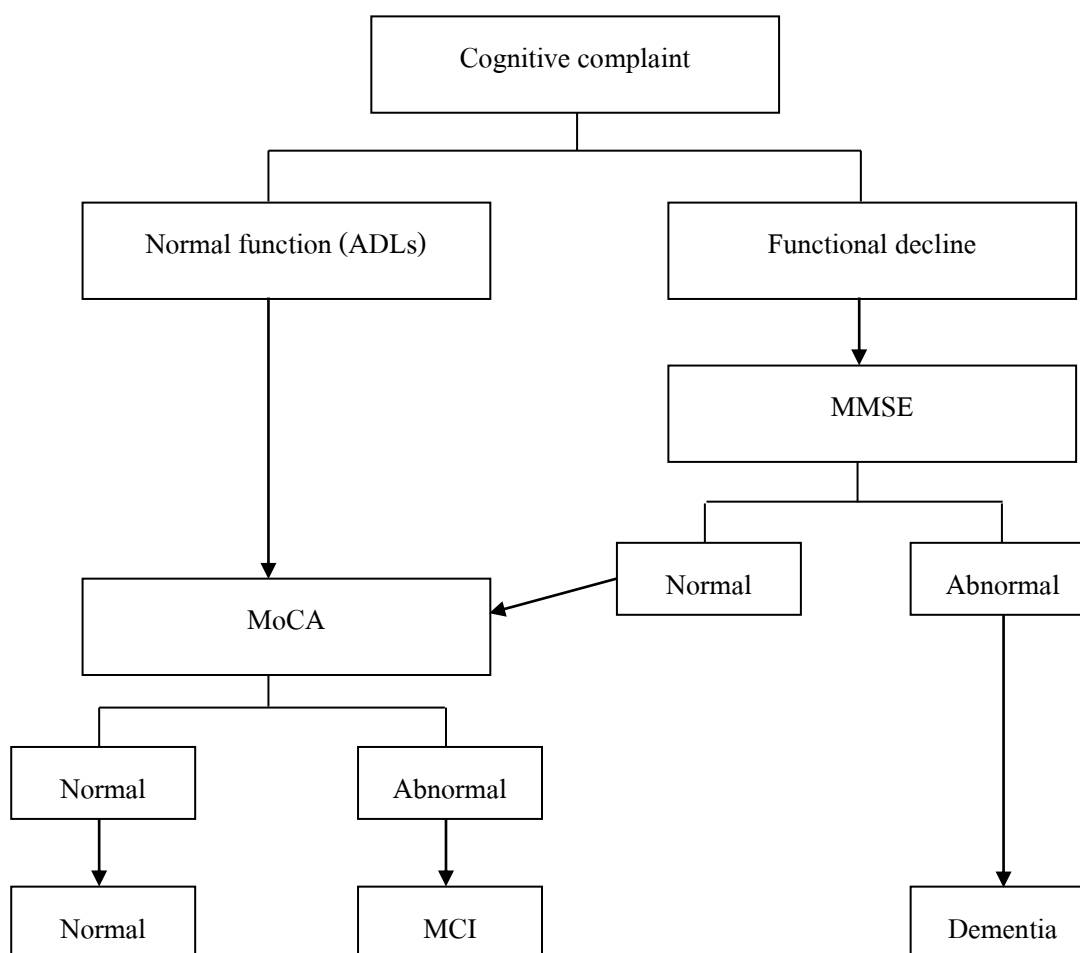
เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคชัดเจนขึ้นตามเกณฑ์ของ DSM-5 ที่กล่าวมาข้างต้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การรวบรวมข้อมูลต่างๆ เช่น ติดตามความสามารถของสมองในหลายๆด้าน โดยเปรียบเทียบกับความสามารถเดิมของผู้ป่วย ความไวหรือความจำเพาะของแบบวัด เพราะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละรายจะมีการเปลี่ยนแปลงของสมองในตำแหน่งที่แตกต่างกัน ความบกพร่องจึงแสดงออกมาให้เห็นแตกต่างกัน ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งมีแนวทางดังต่อไปนี้

- การซักประวัติ ข้อมูลประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์ พยาบาลจึงควรซักประวัติจากญาติและหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่ช่างสังเกตและที่พัวพันอยู่กับผู้ป่วย โดยแยกจากการซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง ซักถามถึงความจำ พฤติกรรมและอารมณ์

ความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตัวเองที่เปลี่ยนไปจากระดับเดิมว่าเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว^{1,22}

- การตรวจร่างกาย เพื่อตรวจหาโรคร่วม ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การมองเห็น และการได้ยิน นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการตรวจร่างกายในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมคือ เพื่อแยกแยะระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม Primary degenerative และ Secondary dementia ออกจากกัน

- การตรวจทางจิตประสาทเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบที่ได้กล่าวมาในหัวข้อ 3.5 ในการประเมินปัญหาเรื่องความจำของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 แสดงข้อเสนอแนะในการพิจารณาการทดสอบทางจิตประสาทเบื้องต้นในผู้ป่วยที่พบว่ามีการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment)^{1,22}



แผนภูมิที่ 4.1 ข้อเสนอแนะในการพิจารณาการทดสอบทางจิตประสาทเบื้องต้นในผู้ป่วยที่พบว่ามี การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment)¹

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีจุดประสงค์หลักเพื่อแยกโรคที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมอื่นๆที่อาจรักษาได้ และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังทำให้ทราบถึงภาวะพื้นฐานและโรคร่วมของผู้ป่วยก่อนการรักษาภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยรายการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีดังนี้^{1,22}

ตารางที่ 4.3 รายการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ^{1,22}

ชนิดของการตรวจ	วัตถุประสงค์
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CBC 	เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 และความผิดปกติอื่นของเลือด เช่น ภาวะ anemia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasting Blood Sugar 	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลผิดปกติ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Electrolyte 	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ในเลือดที่ผิดปกติ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calcium 	ระดับแคลเซียมในเลือดที่สูง ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
<ul style="list-style-type: none"> ▪ BUN/Cr 	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในไต
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liver function test 	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของตับ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thyroid Function (T₃, Free T₄, TSH) 	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitamin B₁₂ / Folate 	เพื่อตรวจหาภาวะทุพโภชนาการ เช่น ภาวะพร่องวิตามิน B ₁₂ ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
<ul style="list-style-type: none"> ▪ VDRL 	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส

- การตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง Computerized Tomography (CT scan) หรือ Magnetic Resonance Imaging (MRI) เพื่อใช้ยืนยันการวินิจฉัยและแยกภาวะสมองเสื่อม ติดตามการรักษาและเพื่อหาสาเหตุอื่นๆที่ก่อให้เกิดอาการคล้ายกับ neurodegenerative disease

4.7 การพยากรณ์โรคและการรักษา

ในการพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรค การพยากรณ์จะดีมากในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาหายได้ เช่น ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่สมอง การขาดวิตามิน B12 ภาวะซึมเศร้า มีเนื้องอกในสมอง ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ โพรงสมองคั่งน้ำ เป็นต้น ส่วนในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาได้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อมลิ่วบอดี้ ภาวะสมองเสื่อมพρονโทเทมเพอรัล เป็นต้น โรคจะมีการดำเนินไป อาการของโรคจะมีการเสื่อมถอยความสามารถของสมองลงไปเรื่อยๆ ตั้งแต่ความจำระยะสั้นบกพร่อง พูดซ้ำ ถมซ้ำ มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ สับสนเกี่ยวกับทิศทาง โดยเฉพาะในที่ที่ไม่คุ้นเคย หรือผู้ป่วยจะเริ่มมีหลงทาง กลับบ้านไม่ได้ ความสามารถในการคิดการตัดสินใจก็จะลดลง จนกระทั่งผู้ป่วยจะจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารแล้ว แต่บอกว่ายังไม่ได้รับประทาน จนกระทบกับการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ จนระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะแย่มากไม่สามารถจำญาติใกล้ชิด เช่น ภรรยา และบุตรได้ เป็นต้น แม้แต่ตัวผู้ป่วยเองก็จะไม่สามารถบอกได้ว่าชื่ออะไร ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งระยะเวลาของการดำเนินโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมใช้เวลานานประมาณ 8-10 ปี หรืออายุขัยเกือบเท่าคนปกติทั่วไป หากไม่เกิดการแทรกซ้อนทางโรคต่างๆ เช่น การติดเชื้อในร่างกาย แผลกดทับ โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น^{1, 22, 25}

การรักษา หลักการทั่วไปจะเน้นการรักษาแบบไม่ใช้ยาเพราะเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม โดยรูปแบบการรักษาโดยไม่ใช้ยานั้นมีหลากหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และตามความสามารถ ความสนใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้วย เนื่องจากความสามารถจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาในการดำเนินของโรค โดยมีรูปแบบดังต่อไปนี้²²

1. Cognitive training โดยการกระตุ้นสมรรถภาพของสมองในทุกๆด้าน ซึ่งสามารถทำเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัวก็ได้ โดยการพูดคุยหรือให้ข้อมูลสถานการณ์เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องหรือจะเป็นการเล่นเกม อ่านหนังสือ ทำกิจกรรมร่วมกันกับญาติ

2. Memory training วิธีนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีระดับความจำที่ยังใช้ได้ อาจจะเป็นภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกถึงปานกลาง กระตุ้นความจำโดยการฝึกทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ดีมาก่อน เช่น สวดมนต์ ร้องเพลง ฟังเพลงที่คุ้นเคย เกมทายชื่อสิ่งของ เกมทายชื่อคน เป็นต้น

เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับเดิมนานที่สุด ข้อควรระวัง คือ ต้องไม่มากเกินไปเพราะผู้ป่วยจะเกิดความเครียด ไม่สบายใจที่จำไม่ได้

3. Skill training โดยการฝึกทักษะกิจกรรมใหม่ๆ และง่าย เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การแต่งตัว การเดินรำ-ฟ้อนรำวง การเล่นเกม การเขียนบันทึกประจำวัน เป็นต้น เพื่อรักษาความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับเดิมนานที่สุด และเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการฝึกโปรแกรมต่างๆ เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของระบบประสาทและสมอง และการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ดังที่ได้ยกตัวอย่างไปข้างต้น พบว่า แต่ละการศึกษาแต่ละโปรแกรมมีการใช้หลายเทคนิคในการฝึก จึงไม่สามารถระบุได้ว่าเทคนิคใดช่วยชะลอความเสื่อมได้ดีที่สุดแต่ควรใช้การฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 5 เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของส่วนต่างๆของสมองให้มีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน

สำหรับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ที่พบได้บ่อยในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาด การรักษาโดยใช้ยาที่ใช้ในปัจจุบันเป็นเพียงตัวช่วยในการชะลอการเสื่อมของเซลล์สมองซึ่งมี 4 ชนิดคือ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChEIs) และ Memantine ที่จัดเป็น Non-competitive inhibitors มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำ การรู้คิด และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรแนะนำถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยาให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลได้คอยสังเกตดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และสามารถนำมาปรึกษาแพทย์และปรับยาในการรักษาต่อไป อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย^{1,22} คือ

- ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น bradycardia, dizziness, asthenia และ fatigue เป็นต้น

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น นอนไม่หลับ ผื่นร่าย agitation กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว เป็นต้น

ตารางที่ 4.4 รายการยา ราคา และสิทธิการเบิกในปัจจุบัน (Update 20 ม.ค. 2559 โรงพยาบาลศิริราช)

Ingredient	Trade name	Dose	ราคา/เม็ด (บาท)	สิทธิการเบิก		
				สปสช.	ประกัน สังคม	ข้าราชการ/ เบงค์ชาติ
Donepezil	Aricept	5mg	145	✗	✗	✓
		10mg				
		23mg				
	Dozemo	5 mg	38	✗	✓	✓
		10 mg	52.50	✗	✓	✓
Galantamine	Reminyl	8 mg	106	✗	✓	✓
		16 mg	159			
Rivastigmine	Exelon	1.5 mg	78	✗	✗	✓
		3 mg	78			
		4.5 mg	81			
		6 mg				
	Rivasta	1.5 mg	41	✗	✗	✓
		3 mg		✗	✗	✓
	Exelon solution 50 ml (2mg/ml)		1,855	✗	✓	✓
	Exelon Patch	4.6 mg/24hr.	161	✗	✗	✓
		9.5 mg/24 hr.				
		15 mg/24 hr.				
Memantine	Ebixa	10 mg	103	✗	✗	✓
	Neumantine		54.50	✗	✓	✓
	Ebixa	20 mg	201	✗	✗	✓
	Ebixa solution 50 ml (5mg/pump)		4,677	✗	✗	✓

4.8 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ในด้านต่างๆ รวมถึงภาวะอันตรายที่เกิดจากการขาดความระมัดระวัง ได้แก่ อุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม มีคบาด น้ำร้อนลวก เดินหลงทาง การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ เช่น สบู่ น้ำยาล้างจาน น้ำมันก๊าด เป็นต้น ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เคลื่อนไหวได้น้อย จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่นิ่ง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อที่ปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น^{1, 5, 25, 27}

4.9 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ย่อมได้รับผลกระทบโดยตรงที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถหลายด้านดังนี้^{27, 28, 29}

ตารางที่ 4.5 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมกับตัวผู้ป่วย

Cognitive effects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ลับสนเวลา สถานที่ บุคคล ▪ สูญเสียความจำระยะสั้น ขาดสมาธิ พุดซ้ำถามซ้ำ ▪ ลับสนทิศทาง หลงทาง กลับบ้านไม่ถูก ▪ มีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ▪ ความสามารถในการคิด การใช้เหตุผล การตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาแย่งลง
Function effects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีความยากลำบากในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ดำเนินชีวิตประจำวัน ▪ สูญเสียการจัดการทางการเงิน ▪ มีความยุ่งยากในการรักษาความปลอดภัย จากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า และเครื่องครัว เพราะขาดความระมัดระวัง เช่น เปิดแก๊ส ต้มน้ำร้อน เปิดเตารีดทิ้งไว้ เป็นต้น ▪ มีปัญหาในการสื่อสาร นึกคำพูดไม่ได้ พุดหยاب พุดไม่ถูกกาลเทศะ ▪ ฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือเข้าใจไปเอง
Behavioural effects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สูญเสียทักษะทางสังคม ▪ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่สมเหตุผล ▪ มีพฤติกรรม วาจาก้าวร้าว รุนแรง

ตารางที่ 4.5 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมกับตัวผู้ป่วย (ต่อ)

Psychological effects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน โกรธตัวเองและคนอื่น ▪ วิตกกังวล ซึมเศร้า ▪ ระวัง เห็นภาพหลอน นอนไม่หลับ ▪ เฉยเมยไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ
-----------------------	---

ด้านญาติหรือผู้ดูแล

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยภาวะของโรคจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ย่อมทำให้เกิดผลกระทบกับญาติหรือผู้ดูแลได้ไม่มากก็น้อย โดยสามารถแบ่งผลกระทบออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเกิดปัญหาทางสุขภาพมากกว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และญาติหรือผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าญาติหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เพราะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ทำให้สุขภาพทางกายของญาติหรือผู้ดูแลทรุดโทรมลง อาการทางกายที่พบบ่อยได้แก่ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อตามตัว ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีปัญหาระบบขับถ่าย ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น¹⁷ จนเกิดการเจ็บป่วยทางกายขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปวดศีรษะเรื้อรัง²⁷ โดยเฉพาะญาติหรือผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยซึ่งทั้งคู่จะอยู่ในวัยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว จะส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลยิ่งไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย สุขภาพของญาติหรือผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น²⁸ เนื่องจากภาระการดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับประทานยาและอาหารตามเวลา ไม่มีเวลามาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ory และคณะ²⁴ พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบหรือออกกำลังกายได้

2. ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional)

จากการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลา และต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง

ความรู้สึกเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล หงุดหงิด²⁷ จากการศึกษาของ วรรณนิภา สมนาวรรณ³² พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหงุดหงิด ลำบากใจ หรือเกิดความเครียด อันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากงานวิจัยของ พารุณี เกตุกราย⁸ ถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยใน บทบาทญาติหรือผู้ดูแล พบว่า มีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก คือญาติหรือผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณ เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแล รู้สึกใกล้ชิดผูกพัน และยังพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้จากประสบการณ์ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติหรือผู้ดูแลอื่น ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่าญาติหรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายมากที่สุด โดยทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย รองลงมาเป็นเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย และ วิตกกังวล ส่วนในด้านสังคม พบในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวน้อยลง

งานวิจัยของ พรรณี จันทรอินทร์³³ ได้ศึกษาพบว่า จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน ไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัดหรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง อย่างไรก็ตาม ผลกระทบอาจมีมากน้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและระยะของภาวะสมองเสื่อม

3. ผลกระทบทางด้านสังคม (Social)

จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เช่น ออกไปรับประทานอาหารเลี้ยงสังสรรค์ ไปเที่ยวพักผ่อนกับสมาชิกครอบครัว เป็นต้น ญาติหรือผู้ดูแลจะเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และญาติหรือผู้ดูแลบางรายที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาจทำให้เกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้องและยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านได้ จึงถูกญาติ เพื่อนฝูงลี้มทีละน้อย แม้แต่ญาติที่จะมาเยี่ยมก็น้อยลง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว^{29, 30, 31}

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Financial)

เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจาก

งานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ซึ่งทำให้รายได้อาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแล ซึ่งจะเห็นได้จากกราฟตามสถิติการเบิก ในตารางที่ 4 ข้างต้น ครอบครัวที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่า ยาได้ จะต้องรับภาระในการใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆอีก เช่น ค่า รong ซับ การตรวจรักษา อาหารหรือ สารอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น^{27, 28}

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีค่านิยมในการตอบแทนคุณของบุพการีด้วยการเลี้ยงดูยามชรา และการเคารพผู้อาวุโส แต่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำความยุ่งยาก ลำบากหรือ มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวาย ความไม่สงบขึ้นในครอบครัว อาการของภาวะสมองเสื่อม เหล่านี้จะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลอาจเกิดความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ ตัวเองต้องการได้ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตัวเอง และมีความรู้สึกผิดเมื่อตนเองแสดงอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสมต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติหรือผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงที่จะต้อง ควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ดีพอ หากไม่มีความรู้ การจัดการและการบริหารที่ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแล ได้รับผลกระทบต่างๆมากมายดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ญาติหรือผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อีกด้วย

บทที่ 5

กระบวนการพยาบาล

หลักสำคัญสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะมีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสมรรถภาพสมอง และต้องประเมินถึงความรู้ ความสามารถของญาติหรือผู้ดูแลในทุกๆด้าน และประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อจะได้วางแผนในการดูแลร่วมกันกับญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่เนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ เป้าหมายการพยาบาลในบางระยะจะใกล้เคียงกัน จึงขอสรุปเป้าหมายหลักในการพยาบาลแต่ละระยะดังตารางด้านล่างนี้

ตารางที่ 5.1 เป้าหมายการพยาบาลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม

Stage	เป้าหมายการพยาบาล
Stage 1-4 (ระยะแรก)	<ol style="list-style-type: none">1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค อาการและอาการแสดงแนวทางการรักษา ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ชนิดยาที่ให้และผลข้างเคียง2. เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง (ถ้ามี) เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซับซ้อน ยาวนาน ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ คลายความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล3. วางแผนร่วมกันกับญาติหรือผู้ดูแลในระยะยาว ทั้งด้านสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต4. พุดคุย วางแผนประเด็นการมอบอำนาจหรือการตั้งผู้อภิบาล
Stage 5-6 (ระยะปานกลาง)	<ol style="list-style-type: none">1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน2. การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง3. การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ(Maintaining well-being and living well with dementia) และจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Co-morbidities)

ตารางที่ 5.1 เป้าหมายการพยาบาลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

Stage	เป้าหมายการพยาบาล
Stage 5-6 (ระยะปานกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> 4. การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ(Maintaining well-being and living well with dementia) และจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Co-morbidities) 5. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ(Caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียด (Stress/Strain) ของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล
Stage 7 (ระยะสุดท้าย)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. Palliative Care 3. การเตรียมตัวก่อนตาย (Good death)

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญและจำเป็นมากที่สุดคือ การดูแลด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อคงความมีสุขภาพดีและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานที่สุด เพื่อลดความเป็นภาระในการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล ปัญหาที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาการช่วยเหลือตนเองน้อยลง ปัญหาด้านความปลอดภัย ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และปัญหาความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแล

ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ยังคงใช้หลักกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เช่นเดียวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยทั่วไป ได้แก่ Assessment, Nursing Diagnosis, Planning, Implementation และ Evaluation เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งอาจจะมีบางขั้นตอนที่จะมีรายละเอียดปลีกย่อยต่างไปคือ

5.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

ในการประเมินพยาบาลจะต้องประเมินทั้งผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในด้านร่างกาย (Physical) เช่น การเคลื่อนไหว ประวัติการหกล้ม ภาวะโภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ความสามารถในการดูแลตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ด้านจิตใจ (Psychological) เช่น ซึมเศร้า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic status) สิ่งแวดล้อม (Environment) และประเด็นที่

เกี่ยวข้องกับกฎหมาย สิ่งที่เขาไม่ได้ คือ ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยของญาติ เพราะต้องใช้ทั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนจะมีการวางแผนการให้การพยาบาล พยาบาลต้องซักประวัติผู้ป่วยและญาติดังนี้

- ผู้ป่วยอยู่กับใคร ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลด้านใดบ้าง
- ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยเพียงใด ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากหรือน้อย

- ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป
- ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นอย่างไร เป็นบ้านชั้นเดียวหรือหลายชั้น ต้องใช้บันไดหรือไม่ ห้องน้ำอยู่ไกลจากห้องนอนผู้ป่วยหรือไม่ ลักษณะโถสุขาเป็นแบบใด พื้นบ้านและพื้นห้องน้ำลื่น มีขั้นหรือไม่ มีราวเกาะจับหรือไม่ กลอนประตูเป็นลักษณะใด บริเวณบ้านมีรั้วบ้านปิดกั้นมิดชิด ป้องกันคนนอกเข้า คนในออกได้หรือไม่

- ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันผู้ป่วยได้จากใคร ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล มีรายได้พิเศษเสริมหรือไม่ ต้องรับผิดชอบค่ารักษาส่วนใดบ้างเพียงพอหรือไม่

- ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพราะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลระยะยาว ต้องมีการวางแผนในการดูแล และต้องมีผู้ช่วยในการดูแลสลับผลัดเปลี่ยนให้ผู้ดูแลหลักได้พักผ่อนบ้าง

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องซักประวัติอาการเจ็บป่วยตามระบบและคัดกรองสุขภาพทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย โดยมีแนวทางในการซักประวัติตามระบบดังนี้ ⁸

ระบบการขับถ่าย: อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวนครั้งของการปัสสาวะในเวลากลางวันและกลางคืน ปวดปัสสาวะแล้วกลั้นได้หรือไม่ ปัสสาวะมีเสกขจัดหรือไม่

ระบบประสาท: มีอาการอ่อนแรง ซา ที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่ การมองเห็น การได้ยิน การเดินมีหกล้ม เดินเซหรือไม่

ระบบทางเดินหายใจ: มีการเหนื่อยหอบ ไอหรือไม่

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: มีอาการใจเต้น เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก เป็นลมหน้ามืด วิงเวียน นอนราบได้หรือไม่ บวม

ระบบทางเดินอาหาร: มีปัญหาการรับรส ทำให้ไม่รู้รสอาหาร ส่งผลให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด หรือมีปัญหาในการเคี้ยว การกลืน ปวดท้อง การขับถ่ายหรือไม่

การมองเห็น: มีความลำบากในการมองเห็นหรือไม่ ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น แว่นตาหรือไม่

การได้ยิน: ความสามารถในการได้ยินลดลงจนก่อให้เกิดปัญหาในการสื่อสารหรือไม่

กล้ามเนื้อกระดูกและข้อ: ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยเดิน ความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุ มีอาการปวดข้อ ข้อบวมหรือไม่ กระดูกหลังตรงดีหรือไม่ มีอาการปวดหรือไม่

5.2 การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล (Planning, Implementation และ Evaluation)

ในการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล จะต้องสอดคล้องกับการดำเนินการของโรค และหรือปรับไปตามสภาพอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของโรคและในแต่ละวันตามปัญหาที่เกิดขึ้น โดยยึดหลักในการดูแลหัวข้อที่จะกล่าวต่อไปดังนี้

หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นพยาบาลต้องวางแผนร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล ในการจัดการการดูแลที่เหมาะสมกับระยะของโรค โดยใช้หลักดังต่อไปนี้

- ควรมีรูปแบบในการดูแลที่สม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา
- ผู้ดูแลควรทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยด้วยอารมณ์ร่วมที่สนุกสนาน ไม่ดึงเครียดไม่ใช้อารมณ์
- ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความช่างสังเกต ว่าอะไรที่ผู้ป่วยชอบและไม่ชอบ อะไรที่จะเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง
- การสื่อสาร พูดช้า ชัด อธิบายสั้นๆด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แสดงถึงความเคารพ ไม่ควรใช้ประโยคคำสั่ง แต่ให้ใช้ประโยคเชิญชวนแทน

- ระวังการแสดงออกทางสีหน้าของผู้ดูแลเมื่อมีอาการโกรธ

นอกจากนี้การพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นมากคือ การให้การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยและการให้การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถทำกิจกรรมต่างๆให้นานที่สุด เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระต่อญาติและผู้ดูแล

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป

ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสูงอายุนอกจากจะมีภาวะสมองเสื่อม มักจะมีโรคประจำตัวอื่นๆหลายอย่างร่วมอยู่ด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นต้น ควรแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคควบคู่ไปด้วย แต่ในรายละเอียดการดูแลจะมีความยากลำบากมากกว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มี

โรคเบาหวานร่วมด้วย รับประทานอาหารแล้วจําไม่ได้ มักจะเกิดปัญหาทะเลาะกับญาติและผู้ดูแล หรืออาจเบื่ออาหารไม่ยอมรับประทานอาหาร ทำให้มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งในการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานผู้เขียนจะกล่าวในแต่ละหัวข้อเป็นลำดับต่อไป

2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน (Daily care)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะกลางและระยะสุดท้าย จะมีปัญหาในด้านความจํา การคิดมากขึ้น บางรายมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปและอาจมีพฤติกรรมต่อต้านอย่างไม่มีเหตุผล ส่งผลให้มีการดูแลยากมากขึ้น เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ ไม่รับประทานอาหาร ไม่รับประทานยา หรือ รับประทานข้าวแล้ว รับประทานอีก เป็นต้น พยาบาลสามารถให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านดังนี้

- การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

ปัญหาที่พบ คือ รับประทานอาหารแล้วแต่บอกว่าไม่ได้รับประทาน ไม่ยอมรับประทานอาหาร รับประทานหกเลอะเทอะ รับประทานของที่รับประทานไม่ได้ เช่น สบู่ น้ำยาล้างจาน ดอกไม้ เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. ต้องมีความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหารแต่ละวัน ควรมีเวลาให้เวลากับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการรับประทานอาหารมากขึ้น ในรายที่รับประทานน้อย ให้แบ่งให้รับประทานอาหารทีละน้อย หรือควรมีผัก เช่น แดงกวา หั่นเป็นชิ้นแล้วแช่เย็นไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานระหว่างมื้อ เป็นต้น

2. สิ่งที่รับประทานไม่ได้ ให้เก็บมิดชิดมีฝาปิด หรือเก็บให้พ้นมือและพ้นจากสายตาของผู้ป่วย

3. หากผู้ป่วยยังสามารถใช้อุปกรณ์เช่น ช้อน ส้อม ตะเกียบ ในการรับประทานอาหารได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะลืมนิวิธีใช้ จึงค่อยช่วยป้อนให้รับประทานอาหาร เพื่อให้คงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

4. ระวังอาหารที่ร้อนจัด เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่รับรู้ถึงอุณหภูมิที่จะทำให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง

- การอาบน้ำ

ปัญหาที่พบ คือ ไม่ยอมอาบน้ำ อาบน้ำไม่สะอาดเพราะจําไม่ได้ว่าต้องชำระล้างอย่างไร ไม่ยอมให้ช่วยในการอาบน้ำเนื่องจากอาย เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. จัดตารางการอาบน้ำในเวลาเดิมของทุกวันไม่คำเกินไป เพราะผู้สูงอายุจะหนาวและจะปฏิเสธการอาบน้ำ และควรใช้น้ำอุ่นในการอาบน้ำ
2. ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ให้สะดวกใช้ เช่น เตรียมน้ำอุ่นในถังให้เต็มถัง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะลืมวิธีการเปิดใช้เครื่องทำน้ำอุ่น การเปิด-ปิด ฝักบัว เป็นต้น
3. ระวังอุบัติเหตุลื่นล้มในห้องน้ำ
4. ช่วยผู้ป่วยทำความสะอาดตามความจำเป็น ช่วยเช็ดตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณที่ผิวพบบ่น ใต้ราวนม ขาหนีบ และซบให้แห้งเพราะความชื้นอาจจะทำให้เกิดเชื้อราได้

- การดูแลความสะอาดช่องปาก

ปัญหาที่พบ คือ ไม่ยอมแปรงฟัน ลืมว่าต้องแปรงฟัน ลืมวิธีการแปรงฟัน กลืนยาสีฟัน เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. แนะนำการแปรงฟันทีละขั้นตอน ญาติหรือผู้ดูแลแปรงฟันอาจต้องแปรงฟันไปพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูเป็นตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนได้
2. ใช้ปริมาณยาสีฟันให้พอเหมาะไม่มากเกินไป และอาจใช้ยาสีฟันเด็กในการแปรงฟัน หากผู้ป่วยผลอกลิ้นยาสีฟันตอนแปรงฟัน จะได้ไม่อันตรายมาก
3. ถ้าเป็นไปได้ชวน/กระตุ้นให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุกครั้งหลังอาหาร
4. ตรวจดูสุขภาพในช่องปาก ว่ามีเหงือกบวม ฟันผุ แผลในปากหรือไม่ ถ้ามีส่งพบทันตกรรม

- การแต่งกาย

ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยเลือกเสื้อผ้าไม่เหมาะสม จำไม่ได้ว่าต้องใส่อะไรก่อนหลัง ใส่เสื้อผ้าไม่ถูก ใส่เสื้อผ้าพร้อมกันหลายตัว หรือใส่เสื้อผ้าซ้ำที่ใส่มาแล้วหลายวัน เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. สังเกตแบบเสื้อ สี ที่ผู้ป่วยชอบ แนะนำให้ญาติซื้อมาหลายตัว เพื่อหมุนเวียนสวมใส่ ในรายที่ไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้าเพราะชอบใส่เสื้อตัวเดิมซ้ำๆ
2. จัดวางเสื้อผ้าตามลำดับการใส่ และให้โอกาสผู้ป่วยได้ลองใส่ด้วยตัวเองก่อน หากไม่ถูกต้อง ญาติหรือผู้ดูแลค่อยให้คำแนะนำทีละขั้นตอน ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล
3. ในรายที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือ ให้หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง

- การขับถ่าย

ปัญหาที่พบ คือ ขับถ่ายไม่ถูกที่ ลืมว่าห้องน้ำอยู่ที่ไหน มีปัญหาท้องผูก หรือผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อูจาระได้ เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และรับประทานอาหารที่มีกากใยให้มาก และควรลดปริมาณน้ำดื่มในเวลาเย็นหรือก่อนนอน เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องลุกตื่นมาเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งในเวลากลางคืน
2. กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไปห้องน้ำ หรือพาไปห้องน้ำเป็นระยะๆ
3. ดัดป้ายห้องน้ำ หรือเป็นรูปสัญลักษณ์ว่าเป็นห้องน้ำ หรือทาสีประตูห้องน้ำให้สดใส เพื่อให้ผู้ป่วยได้สังเกตเห็น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่ถอดง่าย
5. ดูแลพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำก่อนนอน
6. เปิดไฟดวงเล็กในห้องน้ำทิ้งไว้ในเวลากลางคืน
7. ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้เวลากลางคืน หรือเวลาออกนอกบ้าน
8. อาจจัด Bedside commodes ไว้ข้างเตียง หากมีปัญหาเรื่องการลุกขึ้นลำบาก ญาติควรเตรียมเก้าอี้สำหรับขับถ่ายไว้ใกล้เตียงนอน

- การดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง

ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิดง่าย มีอาการก้าวร้าว ทำร้าย ทบตี คำทอ ชูตะคอก

แนวทางแก้ไข

1. ขณะผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว เช่น ทำร้าย ทบตี คำทอ หรือชูตะคอก เป็นต้น ไม่ควรโต้ตอบ หรือโต้แย้ง และให้พยายามหาสาเหตุว่า อะไรที่เป็นเหตุกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว
2. หากเกิดอาการก้าวร้าวบ่อย หงุดหงิดง่าย ต้องรายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้เชี่ยวชาญบรรเทาอาการ
3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้ป่วย เก็บสิ่งของที่จะเป็นอันตรายไว้ห่างจากมือ เช่น แก้วน้ำ ของมีคม เป็นต้น เพราะผู้ป่วยอาจจะพลาดทำแตก หรือทำให้เกิดบาดเจ็บหรือมือได้

5.3 การวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ แบ่งตามระยะได้ดังนี้

- 1) ระยะแรก
- 2) ระยะปานกลาง
- 3) ระยะสุดท้าย

5.3.1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะแรก

ในระยะแรกนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเด่น คือ ความจำบกพร่อง ลืมเหตุการณ์หรือบทสนทนาที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือเพิ่งพูดไป แต่เหตุการณ์ในอดีตยังจำได้ดี แต่ยังสามารถทำกิจกรรมวัตรประจำวันต่างๆ ได้ปกติ แต่ก็สร้างความรำคาญใจให้กับญาติและผู้ดูแลไม่น้อย จึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรค อาการ และแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลบอกว่าวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรค อาการและแผนการรักษา
- ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวดและสอบถามเกี่ยวกับการดูแล รวมถึงแผนการรักษา

เป้าหมาย

- ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค อาการและแผนการรักษา
- ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลลง (เน้นเป้าหมายที่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นหลัก เนื่องจากผู้ป่วยจะค่อยๆ หลงลืมตามภาวะของโรค)

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับ โรค อาการ และแผนการรักษา
- 2) ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีสีหน้าผ่อนคลาย บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค อาการ และแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ระบายความรู้สึก และซักถามในสิ่งที่สงสัย
- 3) ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นการดูแลระยะยาว และมักจะมีปัญหาในการดูแลในแต่ละระยะของโรค แนะนำให้ญาติสามารถสอบถามได้เมื่อมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการดูแลได้

4) ให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือ และวางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวถึงการเตรียมสถานที่ การเตรียมตัวของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง โดยเน้นให้มีผู้ช่วยมาผลัดเปลี่ยนในการดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลระยะยาว และมีความยากลำบาก ผู้ดูแลหลักจะได้มีเวลาส่วนตัว ในการพักผ่อน คลายความเครียดได้

5) แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสถาบันต่างๆ ใกล้บ้าน เพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแล ซึ่งจะได้รับความรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลมาแลกเปลี่ยนมากมาย

6) แนะนำให้ครอบครัววางแผนเกี่ยวกับเรื่องนิติกรรมต่างๆ เช่น การแต่งตั้งผู้อนุบาล หรือการมอบมรดก ทรัพย์สินในระยะแรกผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้เอง

5.3.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะปานกลาง

ในระยะนี้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง สูญเสียความจำมากขึ้น โดยเฉพาะความจำปัจจุบันจะแยลงอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลาสถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากภาวะของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง
- ต้องเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น อาบน้ำ สระผม การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น
- ทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ไม่สะอาดเท่าที่ควร
- ใส่เสื้อผ้าเดิมซ้ำๆ

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยคงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ได้นานที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล

1) ญาติหรือผู้ดูแลสามารถติดตาม สังเกต และประเมินผลอย่างใกล้ชิดถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้ป่วยว่ายังคงสามารถทำได้เหมือนเดิม หรือแยลง รวมถึงคุณภาพ เช่น ซักผ้า อาบน้ำ ได้สะอาดเหมือนเดิม ทำอาหารรสชาติอาหารไม่เปลี่ยนไปจากเดิมหรือลิ้มขั้นตอนในการทำอาหารที่เคยทำเป็นประจำ เป็นต้น

2) ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรมว่าสามารถทำได้มากน้อยเพียงใด

กิจกรรมการพยาบาล

1) แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลให้สังเกตและคอยสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเองไม่ว่าจะขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรืออยู่ที่บ้าน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น

2) กระตุ้นความสามารถโดยให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมยามว่างอาจจะเป็นงานอดิเรกที่ผู้ป่วยเคยชอบ หรือทำเป็นประจำและที่สำคัญกิจกรรมนั้นๆ ต้องไม่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและญาติ เช่น ทำอาหาร ทำขนม เย็บปักถักร้อย จัดดอกไม้ วาดรูป ซั้อของ เป็นต้น เพื่อเป็นการกระตุ้นเซลล์สมองที่ยังทำงานอยู่ให้เสื่อมหน้าที่ช้าลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ จากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย หาของไม่เจอ หวาดระแวงว่าจะมีคนมาขโมยของ หรือมาทำร้าย หรือมีอาการหลงผิด คิดว่าสามี/ภรรยามีชู้ หรือมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน

- ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความปลอดภัย

- ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์ก้าวร้าว คำหยาบ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยสงบลง ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) สอบถามอาการ ความรู้สึกของผู้ป่วย พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทาง น้ำเสียงที่นุ่มนวล

2) ประเมิน/พิจารณาปัจจัยทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวด ท้องผูก เป็นต้น จัดการกับอาการทางกายที่พบตรวจพบ เช่น ให้อาแก้ปวด ให้อาหารระบาย เป็นต้น

3) ประเมิน/พิจารณาสีแวดล้อมด้วยว่ามีสิ่งใด หรืออะไรที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าว กระวนกระวาย และจัดการหรือลดสิ่งกระตุ้นนั้นๆ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ เปิดไฟ

ให้สว่างขึ้นเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่พอใจ เช่นผู้ป่วยหาของไม่เจอ ญาติหรือผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยหาของ โดยไม่ใช่อารมณ์กับผู้ป่วย

4) เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปในเรื่องอื่น และจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เป็นตัวกระตุ้น หากไม่ได้ผลดูแลให้รับประทานยา Atypical antipsychotics ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีการรับรู้ผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ต่อเวลา สถานที่
- ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความเสี่ยงของการพลัดตก หกล้ม F1, F2
- 2) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่โยกย้ายเฟอร์นิเจอร์บ่อยครั้ง มีแสงสว่างเพียงพอ
- 3) ตรวจเช็คอาการตามแนวทาง 4 P Hourly round คือ ประเมินอาการปวด (Pain), สอบถามความต้องการรับประทานอาหารหรือน้ำดื่ม (Pantry), สอบถามความต้องการการขับถ่าย ปัสสาวะ/อุจจาระ (Potty), การช่วยเปลี่ยนท่านอนให้สุขสบาย (Position) เพื่อดูแลป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม และแนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive function)

ข้อมูลสนับสนุน

- ลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน พูดซ้ำ ถามซ้ำบ่อยๆ
- เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยาก ไม่ค่อยมีสมาธิ
- การใช้ภาษาบกพร่อง
- การตัดสินใจและการวางแผนบกพร่อง
- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว หรือรับประทานอาหาร
- บุคลิกภาพเปลี่ยน

เป้าหมาย

เพื่อรักษาความสามารถของสมองที่เหลืออยู่ และป้องกันการเสื่อมของสมองที่มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) คะแนนของการประเมินผลความสามารถด้านการรู้คิด TMSE หรือ MoCA ของผู้ป่วยคงเดิม หรือแย่ง ร่วมกับอาการแสดงด้านอื่นๆ
- 2) ญาติหรือผู้ดูแลสามารถติดตาม สังเกต และประเมินผลถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) กรณีที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลควรอธิบาย บอกขั้นตอน ก่อนจะให้การพยาบาลต่างๆ ทุกครั้ง
- 2) ควรทบทวนวัน เวลา และสถานที่ให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรับทราบเป็นครั้งคราว
- 3) จัดหาและแนะนำให้มีนาฬิกาและปฏิทิน วางในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน
- 4) กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเอง
- 5) จัดตารางเวลาในแต่ละกิจกรรมให้เป็นเวลาเดิมหรือใกล้เคียงเวลาเดิมของผู้ป่วยและให้ทำเวลาเดิมเป็นประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย เช่น ตื่นนอน เวลา 6.00 น. ล้างหน้าแปรงฟัน และรับประทานอาหารเช้า เวลา 7.00 น. ทั้งนี้อาจต้องประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ กิจกรรมต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม เช่น กลางคืนผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ พังหลับได้ไม่นาน แต่ต้องมาปลุก 6.00 น. เพื่อให้ตื่นนอน มาล้างหน้าแปรงฟันตามตารางเดิม อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยหงุดหงิด เกิดพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว หรือโต้เถียงกับผู้ดูแล เป็นต้น
- 6) แนะนำ/กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือพิมพ์ ดูทีวีติดตามข่าวสารในเหตุการณ์ปัจจุบัน
- 7) พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด และรู้สึกเป็นตราบาป จากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติหรือผู้ดูแลมาระบายให้ฟัง หรือบอกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้ทำให้รู้สึกเป็นภาระ เครียด รู้สึกเป็นตราบาปอับอายเพื่อนบ้าน เป็นต้น
- ญาติหรือผู้ดูแลมีสีหน้าตึงเครียด หงุดหงิดง่าย

เป้าหมาย

- คลายความรู้สึกเป็นภาระ เครียด ความรู้สึกเป็นตราบาป ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของญาติหรือผู้ดูแล
- ญาติหรือผู้ดูแลสามารถจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ญาติหรือผู้ดูแลคลายจากความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกเป็นตราบาป โดยสามารถประเมินได้จากการสังเกตบรรยากาศในครอบครัว ลักษณะการพูดคุย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2) ญาติหรือผู้ดูแลมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส คลายความเครียด รู้สึกเป็นภาระ รู้สึกเป็นตราบาป และวิตกกังวลได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) เปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกเป็นตราบาป จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2) ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคและแนวทางในการจัดการ โดยเฉพาะการจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป เพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
- 3) แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนต่างๆบ้าง เช่น Day care, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือจ้างผู้ช่วยในการดูแลมาช่วยแบ่งเบาภาระ เป็นต้น พร้อมทั้งช่วยค้นหาแหล่งประโยชน์ต่างๆให้กับญาติ
- 4) แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแล หากมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถโทรมารับคำปรึกษาสายด่วน hot-line ของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ตามวันและเวลาดังตารางด้านล่างนี้

วันอาทิตย์	089 777 1148
วันจันทร์	02 591 0988
วันอังคาร	089 459 6134
วันพุธ	081 805 3199
วันพฤหัสบดี	02 538 2239
วันศุกร์	02 580 1438
วันเสาร์	02 573 0597, 081 497 9074

5) แนะนำให้เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่จัดโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช เป็นต้น เนื่องจากในโครงการเหล่านี้ จะมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือญาติและผู้ดูแล (Support group) เพื่อไม่ให้เผชิญกับปัญหาทั้งเพียงลำพัง และเป็นการรวมกลุ่มญาติและผู้ดูแลที่ประสบปัญหาหรือเหตุการณ์จากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคล้ายคลึงกัน ได้รับฟังความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลและการแก้ปัญหา ของครอบครัวอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกันแล้ว ยังจะได้รับกำลังใจที่มอบให้ซึ่งกันและกัน ญาติผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมสามารถติดตามวัน และเวลาที่จัดอบรมได้ในเว็บไซต์ www.azthai.org และ www.tnsd.or.th หรือ Facebook Page ของ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติหรือผู้ดูแล บอกว่าผู้ป่วยปัสสาวะอุจจาระรดบ่อยครั้ง

เป้าหมาย

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้เป็นปกติให้ได้นานที่สุด
- ไม่เกิดผลข้างเคียงต่างๆ เช่น แผลกดทับ หรือผิวหนังถูกทำลาย (Skin breakdown) เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้
- 2) ญาติหรือผู้ดูแลเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่ายได้
- 3) ผิวหนังไม่มีรอยแดง ถลอกเป็นแผลหรือเป็นผื่นแดง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินปัจจัยทางร่างกายที่ก่อให้เกิดปัญหาในระบบขับถ่าย เช่น UTI, Diarrhea, Urinary retention
- 2) ในรายที่ไม่ได้จำกัดน้ำดื่ม กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตร/วันในช่วงเช้า และลดปริมาณน้ำในช่วงเย็น หลัง 18.00น. เพื่อลดอาการปวดปัสสาวะในเวลากลางคืน
- 3) กระตุ้นและพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำ ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะหรืออุจจาระ
- 4) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้น เช่น ผลไม้ ผัก เป็นต้น
- 5) กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ตามกำลังเหมาะสมในแต่ละราย

6) คุณดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาลดอาการปวด ยาบรรเทาอาการซึมเศร้าหรือสวนอุจจาระ เป็นต้น

7) กรณีผู้ป่วยปวดและอุจจาระรดบ่อยครั้ง ให้กำลังใจผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลทำให้ใจสบาย พยายามอย่าไปคุณค่าต่อว่าใช้อารมณ์รุนแรง หรือแสดงกริยาอาการไม่พอใจกับผู้ป่วย

8) ใส่ผ้าอ้อมกันเป็นเฉพาะเวลากลางคืน หรือเวลาออกไปนอกร้าน

9) ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ให้อับชื้น

5.3.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะสุดท้าย

เมื่ออาการของภาวะสมองเสื่อมดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ รวมถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำมากขึ้น ไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่างๆ บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จะพูดไม่รู้เรื่อง หรือไม่พูด บางรายอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความรู้สึกของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลตัวเองได้เลย แม้แต่การเดิน การรับประทานอาหาร

เป้าหมาย

ญาติหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย Bed ridden ได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ เช่น ติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในระบบปัสสาวะ และแผลกดทับ เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1) ญาติหรือผู้ดูแลสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆ ได้ถูกต้อง เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัว การให้อาหาร การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในระบบปัสสาวะ และแผลกดทับ เป็นต้น

3) ญาติและผู้ดูแลรับรู้และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

4) ญาติและผู้ดูแลสามารถวางแผนการรักษา (Living Wills) ถ่วงน้ำหนักกับทีมแพทย์ พยาบาลได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของญาติหรือผู้ดูแล
- 2) แนะนำสอนเทคนิคการดูแลผู้ป่วย Bed ridden ให้กับญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนไหวผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกายและ Perineum care การสวนอุจจาระ การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ บางรายผู้ป่วยไอไม่ได้ ต้องสอนการดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน รวมถึงความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม
- 3) แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ ถึงแม้ผู้ป่วยจะสับสนไม่ได้ตอบในการสนทนา แต่การได้ยินเป็นความรู้สึกชนิดสุดท้ายที่จะสูญเสียไป⁵
- 4) เสริมสร้างกำลังใจ และให้ความมั่นใจกับผู้ดูแล เนื่องจากบางรายยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย
- 5) ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยกับญาติ เพื่อให้ญาติได้มีการวางแผนและตัดสินใจเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยจะมาถึง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative care หรือ End of life care)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ซึม หายใจเหนื่อยมากขึ้น ชีพจรเบา ช้าลงหรือเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น
- แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย

เป้าหมาย

- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและการสูญเสียได้
- ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ป้องกันปัญหาต่างๆที่เกิดจากความเศร้าโศกของญาติและครอบครัว ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) การดูแลประทับใจประคองจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้เวลากับญาติและผู้ดูแลอย่างเพียงพอ เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยเข้าใจ สามารถยอมรับวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและเตรียมการต่างๆได้เป็นอย่างดี

2) ประเมินปัญหาความเจ็บป่วยในด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขา โดยการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ จากความเจ็บป่วย เช่น ความปวดจากแผลกดทับ หายใจเหนื่อยน้อยลง ไม่กระสับกระส่าย นอนหลับได้ เป็นต้น

3) ให้การดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกาย ความสุขสบายของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อเตรียมพร้อมรับการจากไปของผู้ป่วย

2) ดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

3) ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลตามแผนการรักษา เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การให้ยาระงับปวด เป็นต้น

4) เตรียมญาติผู้ป่วยโดยการสื่อสารให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยกับญาติเป็นระยะร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ญาติได้เตรียมทางด้านจิตใจ และจัดการเกี่ยวกับการเตรียมเอกสารต่างๆ เช่น สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและญาติที่จะมาติดต่อบรรพชา

5) บันทึกสัญญาณชีพทุก 1-4 ชั่วโมง แจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบทุกครั้งโดยสามารถใช้โอกาสนี้ในการพูดคุยให้กำลังใจญาติหรือผู้ดูแล

สรุป

หลักสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปรับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เข้ากับผู้ป่วย และให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงครอบครัวญาติหรือผู้ดูแลด้วย และปัญหาที่พบบ่อยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันพื้นฐานที่ลดลง และปัญหาความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พยาบาลต้องตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ เพื่อการวางแผนการให้การดูแลต่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 6

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย หม้าย อายุ 90 ปี ภูมิลำเนา จ.สมุทรสาคร อาชีพเดิม ค้าขาย ระดับการศึกษา ประถมศึกษาชั้นปีที่ 2
รับไว้ในโรงพยาบาล	18 ตุลาคม 2557
อาการสำคัญ	เพื่อ สับสน 1 วัน
ประวัติปัจจุบัน	1 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยบ่นว่าอ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรงเดินไม่ไหว ทางศูนย์ ดูแลผู้สูงอายุ จ.ปทุมธานี แจ้งญาติให้มารับกลับบ้าน ขณะนั้นตื่นนอนไม่มีแรง ยก ขยับปลายเท้าและข้อเท้าได้ แขน 2 ข้าง มีแรงขยับได้ดี ตอนเย็นในวัน เดียวกันผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ขาสองข้างอ่อนแรง ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน สับสน เพื่อมากขึ้น หวาดระแวงเรื่องของหายญาติจึงพามา รพ. ระหว่างนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิบน้ำแล้วมีสำลัก มีเสมหะในคอ หายใจเหนื่อยมากขึ้น แพทย์รับไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล ต่อมา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง แพทย์พิจารณาให้ใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างใส่ ET-Tube suction ได้เสมหะสีเหลืองเหนียวข้น หลังจากใส่ท่อ ช่วยหายใจแล้วย้ายผู้ป่วยไป ICU2 จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถ off ET-Tube ได้ เนื่องจาก มี Respiratory muscle weakness มี Hypercapnia จึง consult ENT for Tracheostomy (เปลี่ยนเป็น silver tube No.6 เมื่อ 11 ธ.ค. 2557 และ ย้ายมาที่ มว.2 Plan D/C ต่อไป
ประวัติอดีต	- HT, Cardiomegaly มารับรักษาที่ รพ.ศิริราช สมำเสมอ - Mild to moderate dementia with behavioural and Psychological symptoms of dementia (BPSD) ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ พ.ย. 56 ขณะนั้นมา ด้วย หลงลืมง่าย หวาดระแวงว่ามีของหายเนื่องจากถูกขโมย ต้องรื้อค้นข้าว ของและหาของบ่อยๆ อารมณ์หงุดหงิดง่าย คุมอารมณ์ไม่ได้ ได้ยินเสียงแว่ว เป็นเสียงพระพุทธรูป หรือเสียงพระบอกให้กลับบ้านแพทย์ให้ตรวจ MRI brain (29 พ.ย. 56) พบ 1) Old lacunar infarction at left pons 2) Cerebral and cerebellar atrophy

3) Non-specific white matter hyperintensed T2W lesions are noted in periventricular white matter and centrum semiovale both sides, could be both demyelination and lacunar infarction. จึงให้การรักษาด้วย Aricept 5 mg 1 tab oral hs, remeron 15 mg 1 tab oral hs และ seroquel 25 mg 1 tab oral hs จนอาการดีขึ้นไม่วุ่นวายมาก ญาติพามารับรักษาที่ รพ.ศิริราช สม่าเสมอ

**ประวัติเพิ่มเติมจาก
ญาติ**

- เดิมผู้ป่วยเป็นคนจุกจิก จะหมุ่นเวียนอยู่บ้านลูกแต่ละคนไปเรื่อยๆ คนละ 1-2 เดือน ผู้ป่วยมีบุตร 12 คน (ยังมีชีวิตอยู่ปัจจุบัน 9 คน ทุกคนแต่งงาน และแยกครอบครัวไปแล้ว) ลูกๆดูแลไม่ถูกใจ ทะเลาะกับลูกเขยและสะใภ้ ลูกๆจึงพาไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ แถวปทุมธานี แต่ก็ไปๆมาๆ ระหว่างบ้านและคอนโดลูก สลับกับไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ชอบคิดเรื่องร้ายมากกว่าเรื่องดี อาละวาด หวาดระแวงว่าจะมีคนมาขโมยของ ไม่ยอมนอน ค่าท่อ พุดจาหายบายคาย

ประวัติการแพ้

- ไม่มีประวัติการแพ้ยาและสารอาหารใดๆ

ประวัติครอบครัว

- ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยร้ายแรงหรือโรคมะเร็งในครอบครัว

การวินิจฉัยโรค

- Dementia with Guillain-Barre syndrome with aspiration pneumonia

ผลการตรวจร่างกาย

T= 36.5 C P=88 RR=22-24 ครั้ง/นาที BP= 134/68 mmHg

Height/Weight = ขึ้นไม่ได้ ขาสองข้าง ไม่มีแรง

ผิวหนัง: ไม่มีอาการคัน ผื่น หรือแผล bed sore ที่ใด

ศีรษะ/ใบหน้า: ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะหรือใบหน้า

ตา: ตามองเห็นไม่ค่อยชัดต้องใช้แว่นสายตายาว ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับตา

หู: ไม่ค่อยได้ยินทั้ง 2 ข้าง

ปากและคอ: ไม่มีแผลที่ปาก On tracheostomy tube no. 6 รอบแผลปกติดี ไม่บวมแดง

ระบบหายใจ: หายใจ Room air สะดวกดี เสมหะค่อนข้างเหนียว จำนวนพอควร สีเหลืองขุ่น

ระบบไหลเวียนโลหิต: ไม่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจ และระบบไหลเวียนมาก่อน

ระบบทางเดินอาหาร: On N-G tube อาหาร Feed รับประทานได้ดี สามารถรับประทาน โจ๊กทางปากได้โดยไม่สำลัก

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ไม่เคยมีประวัติกระดูกหักหรือได้รับบาดเจ็บที่กระดูกและข้อ

ระบบประสาท: ไม่เคยมีประวัติชัก ปากเบี้ยว ขา 2 ข้าง ไม่มีแรง แขน 2 ข้าง มีแรงดี

สรุปอาการทั่วไป

ขณะย้ายมาที่ตึก มว. 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On tracheostomy tube no. 6, On O₂ collar mask 3LPM, O₂sat 99%, On N-G tube ทำตามคำสั่งได้ พุดคุยรู้เรื่องแต่ไม่มีเสียง แขน 2 ข้างมีแรงดี ขา 2 ข้างพอมิแรง สามารถชันเข่า ยกกันได้ ตอนกลางคืนมักจะมีอาการสับสน วุ่นวายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดึง N-G tube บ่อยครั้ง จึงต้อง Restraint ปัจจุบัน off N-G tube แล้ว ตักข้าวรับประทานทางปากเองได้ ไม่มีสำลัก ยังมีอาการ หงุดหงิด โมโห ต่ำ และขว้างปาของที่อยู่ใกล้ตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม กลางคืนไม่ยอมนอน เข่าข้างเดียว ไม่นอนเวลากลางคืน ผุดลุกผุดนั่ง พยายามดึง Tracheostomy tube หรือ Inner-tube ออกเองบ้าง ดึง Y-Gauze ที่งับ้าง ทะเลาะกับเด็กศูนย์ จนต้องเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ (ลูกหลานต้องไปทำงานทุกคน) แพทย์ประจำบ้าน Consult geriatrics และจิตเวชมาร่วมประเมินและให้การรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ (Dementia and Delirium)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยสับสน ไม่นอนเวลากลางคืน เข่าข้างเดียว

เป้าหมาย

ไม่มีอาการวุ่นวายสับสน/พุดคุยรู้เรื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการวุ่นวายสับสน/พุดคุยรู้เรื่อง
- พักผ่อนได้ในเวลากลางคืน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยต้องการอะไร แจ้งเวลาว่าเป็นเวลากลางคืน เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะสับสนในเรื่องเวลาได้ ขณะพูดคุยกับผู้ป่วยใช้ท่าทีที่เหมาะสมและน้ำเสียงนุ่มนวล
2. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เป็นตัวกระตุ้น โดยปิดไฟ เป็นต้น
3. ดูแลจัด Position ให้สุขสบาย
4. ดูแล Restraint เมื่อได้พยายามให้การดูแลวิธีอื่นๆ แล้ว แต่ไม่ได้ผล ตามแนวทางการปฏิบัติการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด และบันทึกในแบบประเมินเพื่อตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย (มีในภาคผนวก) โดยขอความยินยอมและเซ็นเอกสาร (ในกรณีเร่งด่วนให้ทำการผูกยึดไปก่อนและแจ้งให้ญาติทราบภายใน 24 ชั่วโมง)
 - บันทึก วัน เวลาที่เริ่มการผูกยึดผู้ป่วย
 - บันทึก Vital signs พฤติกรรม สีผิวหรือลักษณะของผิวหนังส่วนปลายทางจากตำแหน่งที่ได้รับการผูกยึด ของผู้ป่วย อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง
 - ดูแลจัดเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
 - ดูแลความสุภาพทั่วไป การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น
 - คลายจุดผูกยึดและประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ แขน ขา ศีรษะ ลำตัว
 - บันทึกการประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกยึดต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมง ถ้ายังมีข้อบ่งชี้ในการผูกยึดให้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจผูกยึดต่อ
 - การยุติการผูกยึด เมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ของการผูกยึด
5. แนะนำให้ญาติมีผู้ดูแล 2 คน เพื่อสลับเปลี่ยนให้คนดูแลได้ไปพัก เพื่อลดความเครียด ความเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล
6. ดูแลให้รับประทานยา Seroquel 25 mg 1 tab oral prn ตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสนวุ่นวายมาก
7. Observe การนอน อาการสับสนวุ่นวาย และรายงานอาการให้แพทย์ให้ทราบทันที เมื่อพบความผิดปกติ เพื่อให้แพทย์พิจารณาในการปรับยาต่อไป

การประเมินผล

ในเวรผู้ป่วยหลับได้เกือบสว่าง เรียกผู้ดูแลตลอดโดยการเขย่าข้างเตียง ขว้างหมอนและหมอนข้างลงพื้น ผู้ดูแลหงุดหงิด เกรียด เนื่องจากไม่ได้นอนพักตลอดคืน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสับสน ไม่นอนเวลากลางคืน เขย่าข้างเตียงผุดลุกผุดนั่ง
- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง แต่แขน 2 ข้างมีแรงดี

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามผู้ป่วย ร่วมกับประเมินอาการทางกายที่ทำให้ผู้ป่วยดูกระวนกระวาย
2. Side rail up ขึ้นตลอดเวลา เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียง
3. ดูแล Restraint ตามหลักการของ Risk (โดยแจ้งให้ญาติและผู้ดูแลทราบก่อนและให้เซ็นในใบ Consent form การผูกยึด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย)
4. ดูแลตรวจเยี่ยมอาการตามแนวทาง 4 P Hourly round คือ ประเมินอาการปวด (Pain), ความต้องการอาหารหรือน้ำดื่ม (Pantry), ความต้องการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ (Potty), ความต้องการปรับเปลี่ยนท่านอน (Position) เพื่อดูแลป้องกันไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และแนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด
5. แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลดูแลใกล้ชิด ระวังเรื่องอุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน (Risk for poor tissue perfusion)

ข้อมูลสนับสนุน

- On tracheostomy tube มีเสมหะสีเหลือง เหนียวข้น ไอออกเองไม่ได้
- ผู้ป่วยกระวนกระวาย พยายามถอด Inner tube
- มีเสมหะแห้งอุดกั้นที่ปลาย Inner tube

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว (No Cyanosis) เป็นต้น
- $O_2\text{sat} \geq 94\%$
- ไม่มีเสมหะอุดกั้นที่ปลาย Inner tube
- ผู้ป่วยไม่รบกวนหรือพยายามถอด Inner tube อีก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า ลักษณะการขีด เขียว ที่แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน เพื่อรายงานแพทย์ในการพิจารณาการให้ O_2
2. ดูแลจัด Position ให้นอนศีรษะสูง เพราะทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ
4. ดูแล Suction clear air way ให้ผู้ป่วยเป็นระยะ
5. ดูแลพ่นยาด้วย Berodual 1 Neb สลับกับ Heat nebulizer ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O_2 collar mask 3 LPM ตามแผนการรักษา
7. ติดตามและบันทึกค่า $O_2\text{sat}$ ที่ Room air และขณะให้ออกซิเจน
8. Record vital sign และ Observe การหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง

9. สังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยังบอกว่าหายใจไม่ออก ดูกระสับกระส่าย พยายามดึง Inner tube ออกอีก ให้เอา Inner tube ออกมาล้าง เนื่องจากมักมีเสมหะเหนียวข้นอุดกั้นปลาย Inner tube บ่อยครั้ง ส่งข้อมูลให้กับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในเวรถัดไป
10. แจ้งญาติและผู้ดูแลให้ระวัง ไม่ให้ผู้ป่วยเผลอดึง Inner tube ได้โดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- O₂sat (RA) 93% หลัง On O₂ collar mask 3 LPM O₂sat 100%
- หายใจทาง Tracheostomy tube สะดวกดี
- ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบ RR 22/min ไม่มีอาการกระสับกระส่ายสะดุ้งตกใจ ไม่มี Cyanosis
- ไม่มีเสมหะอุดกั้นที่ปลาย Inner tube
- ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

การเตรียมความพร้อมของญาติและผู้ดูแล (Discharge planning)

ข้อมูลสนับสนุน

- แพทย์วางแผนจำหน่าย เมื่อญาติพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน
- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน
- ผู้ป่วย On tracheostomy tube

เป้าหมาย

- ญาติและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งจะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน
- เสริมสร้างศักยภาพของญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล

- ญาติและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับความเจ็บป่วยและพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ Dementia, Delirium และ ภาวะ BPSD รวมถึงแนะนำสอนเทคนิคการรับมือ การจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยเป็นระยะๆกับญาติและผู้ดูแล
2. แนะนำญาติหาผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วย มาฝึกในการทำแผล Tracheostomy tube
3. แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลพยายามสอบถามอาการ ความรู้สึกของผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทาง น้ำเสียงที่นุ่มนวล (เนื่องจากผู้ป่วยมี Tracheostomy tube จึงทำให้พูดไม่มีเสียง หรือบางครั้งเกิดภาวะสับสนไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้)
4. แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลสังเกต หากผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าว กระวนกระวาย ให้ประเมิน/พิจารณาปัจจัยทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวด ท้องผูก หรือไม่ เป็นต้น จัดการกับอาการทางกายที่พบตรวจพบ เช่น ให้อาแก้ปวด ให้อาหารเบา ถ้าอาการยังวุ่นวายมาก ให้มาพบแพทย์ และต้องประเมิน/พิจารณาสีแก้มด้วยว่ามีสิ่งใด หรืออะไรที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าว กระวนกระวาย และให้ลดสิ่งกระตุ้นนั้นๆ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือสถานที่ที่มีเสียงดังมากเกินไป
5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว แนะนำให้ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปเรื่องอื่น เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เป็นต้น หรือกิจกรรมใดก็ได้ที่ผู้ป่วยชอบและสนใจ

การประเมินผล

ญาติและผู้ดูแลเข้าใจภาวะของโรคของผู้ป่วยแต่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากสถานที่พักอาศัยเป็นคอนโด ชั้น 26 ผู้ป่วยมักมีอาการระแวง กลัวขโมย เปิดปิดประตู ญาติจึงกังวลกลัวอันตราย หรือผู้ป่วยพลัดตกจากอาคาร และต้องทำงานจึงไม่มีใครสามารถดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวันได้ อีกทั้งผู้ป่วยวุ่นวายมาก ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลเรื่อยๆจึงยังไม่สามารถหาผู้ดูแลหลักมาได้ ญาติแจ้งว่าหากหาไม่ได้ จะพาผู้ป่วยไปพักที่ศูนย์ผู้สูงอายุที่ปทุมธานีเช่นเดิม แต่อยากให้แพทย์ Off tracheostomy tube ก่อนกลับไปอยู่ที่ศูนย์ผู้สูงอายุ

สำหรับปัญหาเรื่อง Off tracheostomy tube ก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยรายนี้ได้ปรึกษาแพทย์ หน่วย ENT ให้มาประเมินแล้ว แพทย์แจ้งว่า ยังไม่สามารถปิด Tube ได้เลยทันที ใน Setting นี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เหนื่อย เสมหะน้อยลง และสามารถรับประทานอาหารทางปากได้แล้ว ทาง ENT จะนัดมาเพื่อเปลี่ยน T-tube จากเบอร์ 6 เป็น เบอร์ 4 แล้วหลังจากนั้น ถึงจะนัดมาปิด Tube ได้ เป็น OPD Case ต่อไป ญาติรับทราบและเข้าใจดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านเซาวนัปัญหา

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหงุดหงิด ไม่ยอมรับประทานข้าวและยา ขว้างหมอน เขย่าข้างเตียง
- ผู้ป่วยไม่นอน ผุดลุกผุดนั่ง เขย่าข้างเตียง ทะเลาะกับผู้ดูแล ผู้ดูแลตำว่าผู้ป่วย และเดินออกจากห้องไป
- ผู้ดูแลโกรธ มีอารมณ์เกรี้ยวกราด เดินไปมาหน้าเคาท์เตอร์พยาบาล ตำว่าผู้ช่วยพยาบาล เมื่อผู้ช่วยพยาบาลตามให้ไปดูแลคนไข้
- ผู้ดูแลพูดต่อว่า “พวกเธอเดินมาดูแลผู้ป่วยแค่แป๊บเดียว ตามเวลา ไม่ได้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง คงไม่เข้าใจถึงความเครียด ความลำบาก ไม่ได้พักผ่อน พ่อแม่เราก็ไม่ใช่ มันเหนื่อย ลองมาอยู่กับคนไข้ตลอดเวลาแบบนี้ดูใหม่ ว่ามันเป็นยังไง”

เป้าหมาย

- ญาติและผู้ดูแลคลายความเครียด
- ญาติและผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยน ได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยมีอาการสงบลง ไม่ก้าวร้าววุ่นวาย
- ญาติและผู้ดูแลสามารถคุมอารมณ์ของตนเองและจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยน ได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- ญาติและหรือผู้ดูแลคลายความเครียด สามารถคุมอารมณ์ของตนเองและจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยน ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังให้ญาติและผู้ดูแลได้มีโอกาสรบายความรู้สึก
2. กล่าวขอโทษแทนผู้ช่วยพยาบาล พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ดูแลว่า “พวกเราทุกคนเข้าใจดีว่าการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และไม่ได้นอนพักผ่อนมันเหนื่อยอย่างไร แต่เราก็ละทิ้งหน้าที่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่ได้ ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ เพราะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสับสน วุ่นวาย คุมอารมณ์ไม่ได้ มาเรามาช่วยกันนะคะ”
3. แนะนำให้คุยกับญาติผู้ป่วย ขอลาไปพักผ่อน ให้หากคนมาเปลี่ยน จะได้ไปพักผ่อนและคลายความเครียด

4. แนะนำให้ผู้ดูแลไม่ควรโต้ตอบหรือโต้แย้ง ให้ใจเย็นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ ก้าวร้าว ทำร้าย ทบตี คำท้อ (จากการสอบถามจากผู้ดูแล สาเหตุของการหงุดหงิด เกิดจากผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยของท่าน ใจก็บอกว่าหิว แต่ผู้ดูแลเพิกเฉยไม่สนใจ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดมากขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลใช้น้ำเสียงที่รุนแรง ตะคอก คำว่ากับผู้ป่วย เช่น “นี่มันก็โมงก็ยามแล้ว จะมารับประทานใจก็อะไรเวลานี้ พอไปอุ่นให้ก็รับประทานได้ 2-3 คำ”)
5. ประชุมทีมเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักในเวลากลางคืน โดยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยร้องขอแทน

การประเมินผล

- ผู้ดูแลยังมีอารมณ์โกรธและคำว่าผู้ป่วย “ไม่รู้จักหลับนอน อยากรับประทานโน้นรับประทานนี่ พอหาให้ก็รับประทานแค่คำสองคำ ก็เลิกรับประทานเหมือนแกล้งกัน ทำให้เขาไม่ได้นอน” จึงแยกผู้ดูแลออกมานอกห้อง ภายหลังได้ช่วยกันปรับนโยบายผู้ดูแลจนผู้ดูแลเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ดูแลจึงสงบลงและกลับเข้าไปดูแลผู้ป่วยต่อได้

- ผู้ป่วยสงบลง อารมณ์ดีขึ้น หลังได้รับประทาน ใจก็ตามต้องการ

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ บทสรุป คือ บุตรสาวของผู้ป่วยต้องทำงานทุกวัน ไม่สามารถหาผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วยที่คอนโดมิเนียมได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ เมื่อผู้ป่วยอาการลงที่แล้ว ญาติจึงติดต่อศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่ จ.ปทุมธานี มารับกลับไปดูแลตามเดิม

บทที่ 7

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการ โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และจะพบมากขึ้นเมื่อมีอายุที่มากขึ้นปัจจุบันยังไม่มียารักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาด ยาที่ใช้ปัจจุบันเพียงช่วยชะลอความเสื่อมของสมองเท่านั้น เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม การทำหน้าที่ของสมองจะเสียไปส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจ ความรู้ ความจำ รวมถึงการมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป บางรายมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เพราะส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลที่บ้านนอกจากต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ญาติหรือผู้ดูแลหรือผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือบางรายมีปัญหาที่เปลี่ยนไปทุกวัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย และจิตใจของญาติหรือผู้ดูแล ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้นี้ จะเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากมีความยากลำบากในการให้การดูแลแล้ว และยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรงด้วย จากประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 10 ปี ปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัญหาการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ปัญหาด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมและที่พยาบาลจะลืมไม่ได้เลย คือปัญหาคำพูดที่สับสนเป็นภาวะ ความเครียดของญาติหรือผู้ดูแลเนื่องจากสภาพปัญหาที่พบคือ มักจะมีญาติหรือผู้ดูแลเพียงคนเดียว พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแล โดยให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค การจัดการแก้ไขปัญหา การส่งเสริมช่วยเหลือให้ทั้งผู้ป่วยและญาติได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตอยู่ร่วมกันกับโรคอย่างมีความสุข โดยปัญหาที่พบบ่อยในการให้การดูแลและการเตรียมญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญ และเทคนิคที่ใช้ดังต่อไปนี้

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. การยอมรับความเจ็บป่วยของญาติและผู้ดูแล	- เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความยากลำบากและปัญหาจากการดูแลที่ได้เผชิญขณะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. การยอมรับความเจ็บป่วยของญาติและผู้ดูแล (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - ภายหลังญาติและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เริ่มสงบลง จึงค่อยให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแสดง และเทคนิคการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหานั้นๆ - แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลได้หาโอกาสหรือเวลาเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่จัดโดยคลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช หรืออาจเป็นหน่วยงานอื่นก็ได้ ตามวันและเวลาที่ญาติและผู้ดูแลสะดวก สามารถมาเข้าร่วมกับอบรมได้ เนื่องจากในโครงการเหล่านี้จะมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือญาติและผู้ดูแล (Support group) เพื่อไม่ให้เผชิญกับปัญหากัน เพียงลำพัง และเป็น การรวมกลุ่มญาติและผู้ดูแลที่ประสบปัญหาหรือเหตุการณ์จากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคล้ายคลึงกัน ได้รับฟังความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลและการแก้ปัญหาของครอบครัวอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกันแล้วยังจะได้รับกำลังใจที่มอบให้ซึ่งกันและกัน ญาติผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมสามารถติดตามวันและเวลาที่จัดอบรมได้ในเว็บไซต์ www.azthai.org และ www.tnsd.or.th หรือ Facebook Page ของ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย - แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัว และพักผ่อนบ้าง
2. ปัญหาการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสและรับฟังปัญหาจากญาติและผู้ดูแล - ตอบข้อสงสัยของญาติและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคในการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเน้นการจัดการแบบไม่ใช่ยาเป็นหลักก่อน คือ ให้ญาติและผู้ดูแลสังเกตว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าใดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป และถ้าหากสามารถจัดการกับเหตุ นั้นๆได้ ให้จัดการกับเหตุการณ์นั้นก่อน เช่น ผู้ป่วยกลัวตัวเองในกระจก ญาติและผู้ดูแลให้ย้ายกระจกออกไปจากสายตาหรือหากระดาษ ผ้ามาคลุมกระจกแทน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<p>2. ปัญหาการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละวันของผู้ป่วย (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้เหตุผลกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะลืมหรือไม่เข้าใจ ซึ่งจะชักนำไปสู่การขัดแย้ง ได้เสียงและทำให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวได้ - แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลกระตุ้น ชวนผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น ร้องเพลง ทำสวน ทำอาหาร เป็นต้น ต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และญาติต้องเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ ด้วย อารมณ์ร่วมที่สนุกสนาน ไม่ตึงเครียดไม่ใช่อารมณ์ และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมแต่เพียงผู้เดียว - พุดคุยให้กำลังใจญาติและผู้ดูแล - แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และเข้ากิจกรรม Support group เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล
<p>3. ปัญหาญาติและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด ตราบาป ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หากญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวและยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่ได้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม บางรายอาจถูกทำร้าย (Abuse) ถูกเพิกเฉย ละเลย ทอดทิ้ง (Neglect) และการละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of rights)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มีโอกาสพักผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง - แนะนำญาติตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ญาติต้องหาผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน เพื่อให้มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแลได้ไม่ควรให้เป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่งในครอบครัว - ตอบข้อสงสัยของญาติและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคในการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย - พุดคุยให้กำลังใจญาติและผู้ดูแล - แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และเข้ากิจกรรม Support group เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<p>4. ปัญหาด้านกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มรดก/ ทรัพย์สิน/ หนี้สิน - การแต่งตั้งผู้อภิบาลหรือผู้พิทักษ์ - ผู้ป่วยบางรายอาจจะถูกโกงจากญาติ คือ การนำเงิน หรือทรัพย์สินของผู้ป่วยไปใช้อย่างไม่เหมาะสม แทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง (Financial exploitation) 	<p>- เนื่องจากอาการของผู้ป่วยจะค่อยๆ แปรเปลี่ยนเรื่อยๆ ทั้งในเรื่องความจำ ความคิด การตัดสินใจ ตลอดจนการดูแลตัวเอง ดังนั้นควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะแรก เพื่อการตัดสินใจของครอบครัว และดำเนินการทางกฎหมาย เช่น การตั้งผู้อภิบาล//ผู้พิทักษ์ และการวางแผนในการจัดการทรัพย์สิน หนี้สินและมรดก ตลอดจนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การทำพินัยกรรมและการทำหนังสือแสดงเจตนาที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือพินัยกรรมชีวิต (living wills)</p>

สรุปสิ่งที่ควรตระหนักในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน อาการแสดงอาจแตกต่างกัน แต่จะมีอาการเหมือนกันเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย
2. ควรให้ความรู้ คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษากับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะๆ เนื่องจากยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมนี้มากเท่าไร จะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีในการดูแลและสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น
3. จุดหมายในการดูแล คือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้ดูแลที่มีอารมณ์ดี จะมีผลที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้ยังมีความต้องการความสนุกสนาน เพลิดเพลิน
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย โลง โปร่ง สบาย มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ แต่ไม่ควรย้ายที่อยู่อาศัยหรือเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ในบ้านบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสับสนมากขึ้น
7. จัดรูปแบบการดูแลให้สม่ำเสมอและเข้ากับอุปนิสัยเดิมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การอาบน้ำ การเข้านอน ให้มีเวลาให้คงที่ แต่ก็สามารถยืดหยุ่นได้ในบางโอกาส เพื่อหลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

8. การสื่อสารให้บุคคลอื่น กระชับ ได้ใจความ และมีน้ำเสียงที่นุ่มนวล
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำกิจกรรมกระตุ้นความจำหรือฟื้นฟูสภาพพอประมาณ ไม่มากจนเกินไป ตามระดับความสามารถที่ยังเหลือ และความชอบของผู้ป่วย เนื่องจากอาการของภาวะสมองเสื่อมจะพัฒนาไปในทางที่เสื่อมลง การเรียนรู้สิ่งใหม่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความเครียดได้ง่าย เช่น ออกกำลังกาย เย็บปักถักร้อย ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ ซักผ้า ร้องเพลง เดินรำ หรือการเล่นไพ่ เป็นต้น แทนการให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเล่นเกม โซดาคุ หรือเกมอื่นๆที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่เคยทำมาก่อน
10. การพาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปเที่ยวนอกบ้าน ควรพาไปในเวลากลางวันและควรกลับมามาก่อนพระอาทิตย์ตกดิน เพื่อป้องกันอาการสับสนวุ่นวาย
11. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายมีหลายปัญหาพร้อมกัน ควรแก้ไขปัญหาลดทีละอย่างพร้อมกันอาจทำได้ยาก แต่การแก้ไขปัญหที่สำคัญที่สุด แม้เพียงปัญหาเดียวอาจทำให้การดูแลง่ายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/2015/index.php#population>
3. Dementia in the Asia Pacific Region. [Internet]. Alzheimer's disease International; 2014 [cited 2014 Feb 18]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>
4. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยึดอายุสมอง. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด; 2552.
5. ศิริพันธุ์ สาสัตย์.การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ: บริษัทแอคทีฟพรีนซ์จำกัด; 2551.
6. ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนกรีเอชั่นจำกัด; 2556.
7. สุวิทย์ เจริญศักดิ์. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์. ใน: วีรศักดิ์เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2556.หน้า 124-31.
8. พารุณี เกตุกราย. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
9. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์; 2547.

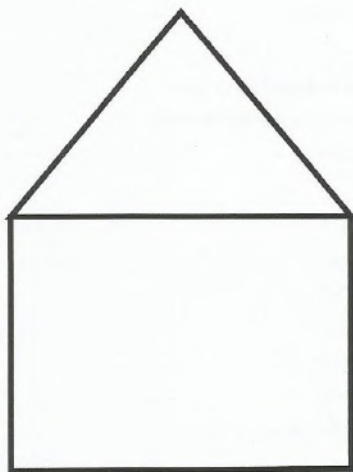
10. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536; 6:359-74.
11. Hemrungronj S. Thai version of Montreal Cognitive Assessment 2011 [cited 2013 10 Jun]. Available from: www.mocatest.org.
12. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994;23:97-101.
13. รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, เรวดี สุวรรณนพเก้า. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด; 2556.
14. Nasso J, Celia L. Dementia care: Inservice training modules for long-term care. New York: Thomson Delmar learning; 2007.
15. Ross F, Mackenzie A. Nursing in Primary Care. London: Routledge; 1996.
16. Carers UK. Carers information: Resources to support informal carers.[Internet].2005. [citedFeb 1]. Availablefrom <http://www.careinformation.org.uk>.
17. ยุพาพิณศิริ โพธิ์งาม. การช่วยเหลือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2546; 9:109-10.
18. ศิริพันธุ์ ศาสัตย์, บรรณาธิการ. ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรีนท์(1991) จำกัด; 2555.
19. สุทธิศา เรืองรัมย์. บทบาทของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล”. ใน: วีรศักดิ์เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2556.หน้า 154-60.
20. Kayt S. Neuroanatomy-A Primer. The DANA Foundation.[Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.dana.org/News/Details.aspx?id=43515>

21. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2001 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://rxrama.com/article003.html>
22. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (ฉบับสมบูรณ์ 2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพชร จำกัด.
23. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:59-64.
24. ศรัณย์ นันทอารี. การเดินผิดปกติในผู้สูงอายุ และภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=887>
25. Lipton A, Marshall C. The common sense guide to dementia for clinicians and caregivers. [eBook]. New York: Springer; 2013.
26. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012;3:73.
27. New Zealand's Industry Training Organisation. [Internet]. CAREERFORCE: 5 Dementia effects and impact on an individual [cited 2015 Nov 11]. Available from <http://ilearn.careerforce.org.nz/mod/book/view.php?id=256&chapterid=181>
28. Ory MG, Hoffman RR, 3rd, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*. 1999 Apr;39:177-85.
29. Finkel SI. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 21:3-6.
30. Chan SW. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:469-78.
31. Brown PL. The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease. *Home Health Care Nurse*. 1991; 9: 33-8.

32. วรรณนิภา สมนาวรรณ. การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
33. พรรณี จันทรอินทร์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

ภาคผนวก ก

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)



“หลับตา”



ขั้นตอนการใช้แบบประเมินและการให้คะแนนแนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

(Thai Mental State Examination: TMSE)

ให้ผู้ทดสอบแจ้งผู้ถูกทดสอบว่า “ต่อไปจะเป็นการทดสอบความจำ ไม่มีถูกผิด จะมีทั้งคำถามให้ตอบและให้ทำอะไรบางอย่าง ให้ตั้งใจทำอย่างเต็มที่นะคะ”

1. Orientation (6 คะแนน) ให้ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบ ดังต่อไปนี้

คำสั่ง: “วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ และเป็นวันที่เท่าไร เดือนอะไรคะ”

“ตอนนี้/ขณะนี้ เป็นช่วงเวลาอะไรของวันคะ ตอนเช้า เที่ยง บ่าย หรือเย็น”

“ที่นี่ที่ไหนคะ”

“คนที่อยู่ในภาพนี้ ทำอาชีพอะไรคะ”

การให้คะแนน: ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน

2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “จะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้พูดตาม และจำไว้ นะคะ ต้นไม้//รถยนต์//มือ” โดยพูดห่างกัน คำละ 1 วินาที เพียงครั้งเดียว

การให้คะแนน: เมื่อถูกทดสอบสามารถพูดตามได้ถูกต้องทุกคำ ให้คะแนนคำละ 1 คะแนน และบอกให้ผู้ถูกทดสอบว่า “จำทั้ง 3 อย่างนั้นไว้ จะกลับมาถามในภายหลังนะคะ”

3. Attention (5 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบไล่วันย้อนถอยหลัง จนครบสัปดาห์ “โดยเริ่มจาก วันอาทิตย์ ถอยไปเป็นวันเสาร์ และถอยวันย้อนหลังไปเรื่อยๆจนครบสัปดาห์คะ”

การให้คะแนน: ผู้ถูกทดสอบต้องมีความต่อเนื่องดังนี้ วันเสาร์ วันศุกร์ ได้ 1 คะแนน ศุกร์ พุธ ได้ 1 คะแนน พุธ ได้ 1 คะแนน พุธ อังคาร ได้ 1 คะแนน และ อังคาร จันทร์ได้ 1 คะแนน

4. Calculation (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง”

การให้คะแนน: ให้คะแนนข้อที่ลบได้ถูกต้อง

5. Language: (10 คะแนน)

- ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไรคะ”

- ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไรคะ”

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วพูดตามนะคะ ขยายพาดหลายไปชื่อขนมที่ตลาด”

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ ให้หยิบกระดาษด้วยมือขวา เอาไปพับครึ่งและส่งกระดาษคืนมาคะ”

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้อ่านประโยคนี้ แล้วทำตามคำสั่งคะ”

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้วาดภาพต่อไปนี้ โดยให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด”
 - ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “กล้วยกับส้ม เหมือนกันเพราะเป็นผลไม้ หนากับแมว เหมือนกันเพราะว่าอะไรคะ” คำตอบต้องเป็นนามธรรม เช่น เป็นสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิต
- การให้คะแนน: ให้คะแนน 1 ทุกข้อที่ตอบได้ถูกต้อง

6. **Recall (3 คะแนน)** ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบว่า สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้เมื่อสักครู่นี้ มีคำว่าอะไรบ้าง

การให้คะแนน: ให้คำละคะแนน 1 คะแนน

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนแล้วได้น้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง โดยเฉพาะความจำ

หมายเหตุ เครื่องมือแบบประเมินนี้ ผู้ทดสอบควรได้รับการอบรมในการใช้เครื่องมือก่อน

ภาคผนวก ข

แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____
 ระดับการศึกษา : _____
 เพศ : _____
 วันเดือนปีเกิด : _____
 วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE

คัตตอก, ลูกบาศก์

วาดหน้าปริศนาภาพ บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)

คะแนน _____/5

[] [] [] [] []

รูปร่าง [] [] []

ตัวเลข [] [] []

เพิ่ม [] [] []

NAMING

[] [] []

_____ /3

MEMORY

อ่านจุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และอ่านซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที

หน้า	คำใหม่	วัด	มะลิ	สีแดง
ทวนครั้งที่ 1				
ทวนครั้งที่ 2				

ATTENTION

อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัววินาที) ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ [] 2 1 8 5 4

ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ [] 7 4 2

อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบใส่เครื่องหมายขีดขึ้นที่เลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าขีดเกิน 2 ครั้ง)

[] 521394118062151945111141905112

เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆที่ละ 7 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65

ลบทุก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน

_____ /2

_____ /1

_____ /3

LANGUAGE

Repeat : ฉันรู้ว่าผมเป็นคนเดียวที่มีรางวัลวันนี้ []

แมวมักซ่อนตัวอยู่หลังเก้าอี้เมื่อมีหมาอยู่ในห้อง []

Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร " ก " ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที ก [] _____ (N ≥ 11 words)

_____ /2

_____ /1

ABSTRACTION

บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กลัว-สั่น : เป็นกลัวไม้ [] รอไฟ-จักรยาน [] นาฬิกา-ไม้บรรทัด

_____ /2

DELAYED RECALL

ให้ทวนจุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย

หน้า	คำใหม่	วัด	มะลิ	สีแดง
[]	[]	[]	[]	[]

ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย

Optional

Category cue				
Multiple choice cue				

_____ /5

ORIENTATION

[] วันที่ [] เดือน [] ปี [] วัน [] สถานที่ [] จังหวัด

_____ /6

ขั้นตอนการใช้แบบประเมินและการให้คะแนน พุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) นั้นถูกออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะ พุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก โดยสามารถประเมินหน้าที่ของ cognition ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การสร้างเส้นลำดับโดยเรียงสลับตัวเลขและตัวอักษร (Alternative Trail Making):

คำสั่ง : ผู้ทดสอบสั่งให้ผู้ทำแบบทดสอบ “ลากเส้นต่อเนื่องไปตามลำดับ โดยเริ่มจากตัวเลขแล้วสลับไปตัวอักษร/หนังสือ เรียงไปเรื่อย ๆ เริ่มที่นี้ [ชี้ไปที่เลข (1)] ลากเส้นจาก 1 ไปที่ ก แล้วลากต่อไปที่ 2 ไปต่อเรื่อยๆจนจบที่นี้ [ชี้ไปที่ (จ)]”

การให้คะแนน : ให้ 1 คะแนนเมื่อผู้ทำแบบทดสอบ ลากเส้นต่อจาก 1 – ก – 2 – ข – 3 – ค – 4 – ง – 5 – จ ได้ครบถูกต้อง โดยไม่มีเส้นใดตัดกัน ถ้ามีข้อผิดพลาดใด ๆ ที่ทำผิดและไม่ได้แก้ไขเองทันทีให้ถือว่าได้ 0 คะแนน

2. Visuoconstructional skills : วาดลูกบาศก์ (cube)

คำสั่ง : ผู้ทดสอบสั่งให้ผู้ทำแบบทดสอบทำตามโดย [ชี้ไปที่รูปลูกบาศก์ตัวอย่าง] “คัดลอกรูปไปให้เหมือนที่สุดเท่าที่คุณจะทำได้ ลงในที่ว่างนี้”

การให้คะแนน : ให้ 1 คะแนนเมื่อผู้ถูกทดสอบ สามารถวาดคัดลอกได้ถูกต้องหมดดังนี้

- รูปถูกต้องและมีสามมิติ
- วาดทุกเส้นได้ครบถ้วน
- ไม่มีวาดเส้นเพิ่มเติมเอง
- เส้นอยู่แนวขนานกันและมีขนาดใกล้เคียงกันดี (รูปสี่เหลี่ยมมุมฉาก)

ไม่ให้คะแนนถ้าไม่ครบตามเงื่อนไขทั้งหมด

3. Visuoconstructional skills: วาดหน้าปัดนาฬิกา (clock)

คำสั่ง : ผู้ทดสอบชี้ไปที่บริเวณช่องว่างอันขวาสุดของแถบแล้วสั่งผู้ทำแบบทดสอบดังนี้ “วาดนาฬิกา ใส่ตัวเลขให้ครบและชี้บอกเวลาที่ 11 โมง 10 นาที”

การให้คะแนน : ให้ 1 คะแนนเมื่อผู้ทำแบบทดสอบ ทำได้ในแต่ละข้อดังนี้

- รูปร่าง (1 คะแนน) : หน้าปัดนาฬิกาต้องรูปร่างกลม มีความผิดเพี้ยนได้เล็กน้อย (เช่น เส้นรอบวงกลมไม่ครบเล็กน้อย) ถ้าผู้ถูกทดสอบวาดรูปสี่เหลี่ยม บอกให้วาดใหม่เป็นวงกลม
- ตัวเลข (1 คะแนน) : ต้องมีตัวเลขให้ครบ ไม่ให้เกิน, ตัวเลขต้องเรียงถูกลำดับและวางในตำแหน่ง

Quadrant ที่เหมาะสม , ใช้เลขโรมันได้ , ตัวเลขอาจวางอยู่นอกวงหน้าปัดนาฬิกาได้

● เข็มนาฬิกา (1 คะแนน) : ต้องมี 2 เข็ม ชีบอกเวลาที่ถูกต้อง โดยเข็มสั้นบอกชั่วโมงต้องสั้นกว่าเข็มนาฬิกาที่อย่างชัดเจน และเข็มทั้งสองต้องอยู่กลางหน้าปัด โดยมีจุดเชื่อมต่ออยู่ใกล้กับศูนย์กลางของนาฬิกา ไม่ได้คะแนน ถ้าไม่ถูกต้องตามเงื่อนไขดังกล่าวในแต่ละข้อ

4. การเรียกชื่อ (Naming):

คำสั่ง: เริ่มจากด้านซ้ายมือสุดของผู้ทำแบบทดสอบก่อน ชี้ไปที่ละรูปแล้วพูดว่า “สัตว์ตัวนี้ชื่ออะไร”

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนน เมื่อผู้ทำแบบทดสอบตอบได้ถูกต้องในแต่ละข้อ ดังนี้ : (1) สิงโต (2) แรด (3) อูฐ

5. ความจำ (Memory):

คำสั่ง: ผู้ทดสอบอ่านคำ 5 คำในอัตราหนึ่งคำต่อวินาที ให้อธิบายดังนี้:

“นี่คือแบบทดสอบความจำจะอ่านชุดคำเหล่านี้ ให้ตั้งใจฟังและจำเอาไว้ เมื่ออ่านจบให้บอกคำที่จำเอาไว้มาให้มากที่สุด (ในกรณีที่พูดไม่เรียงกันถือว่าไม่เป็นไร)” ให้เช็คลูกกลิ้งในช่องว่างเมื่อผู้ทำแบบทดสอบตอบถูกในครั้งแรก เมื่อผู้ทำแบบทดสอบแสดงให้เห็นว่าทำเสร็จแล้ว (ทวนได้ทุกคำ) หรือไม่ สามารถทวนคำเพิ่มได้อีก ให้อ่านชุดคำเป็นครั้งที่สองพร้อมกับอธิบายตามนี้: “จะอ่านชุดคำเดิมเป็นครั้งที่สอง พยายามจำ และบอกคำที่จำเอาไว้มาให้มากที่สุด (รวมทั้งคำที่ทวนได้ในครั้งแรกด้วย)” เช็คลูกกลิ้งในช่องว่างเมื่อผู้ทำแบบทดสอบทวนได้ ใน ครั้งที่สอง เมื่อจบการทวนครั้งที่สอง ให้บอกผู้ทำแบบทดสอบว่าจะให้ทวนคำอีกครั้งโดยพูดดังนี้ “จะให้ทวนคำเมื่อครู่อีกครั้งในภายหลัง”

การให้คะแนน: ไม่มีคะแนนให้สำหรับการทดสอบครั้งที่หนึ่งและสอง

6. ความตั้งใจ (Attention):

ทวนตัวเลขตามลำดับจากหน้าไปหลัง (Forward Digit Span):

คำสั่ง: ให้อธิบายดังต่อไปนี้: “จะพูดชุดตัวเลขหนึ่งชุดและเมื่อพูดจบ ให้พูดตามให้เหมือนที่สุด ”
อ่านตัวเลขห้าตัวตามลำดับในอัตราหนึ่งตัวต่อวินาที

ทวนตัวเลขตามลำดับจากหลังไปหน้า (Backward Digit Span):

คำสั่ง: ให้อธิบายดังต่อไปนี้: “ต่อไป จะพูดชุดตัวเลขอีกหนึ่งชุด และเมื่อพูดจบให้พูดย้อนกลับจากหลังไปหน้าตามลำดับ ยกตัวอย่างเช่น 1-2 ย้อนกลับได้เป็น 2-1” อ่านตัวเลขสามตัวตามลำดับในอัตราหนึ่งตัวต่อวินาที

การให้คะแนน: ให้หนึ่งคะแนนสำหรับการทวนตามลำดับอย่างถูกต้อง, (คำตอบที่ถูกสำหรับการทวนจากหลังไปหน้า คือ 2-4-7)

การทดสอบ Vigilance:

คำสั่ง: ให้ยกมือข้างที่ถนัดขึ้นมาวางบนโต๊ะ “ถ้าได้ยินเลข 1 ให้เคาะ 1 ครั้ง ถ้าเลขอื่นไม่ต้องเคาะ”

ให้ผู้ทดสอบอ่านรายการตัวเลขในอัตราหนึ่งตัวต่อวินาที

การให้คะแนน: ให้หนึ่งคะแนน ถ้าผิดหนึ่งครั้งหรือไม่ผิดเลย (ไม่มีคะแนน ถ้าผิดเกิน 2 ครั้ง หรือ เคาะโต๊ะในตัวเลขอื่นหรือไม่เคาะเมื่ออ่านเลขหนึ่ง)

การคิดคำนวณ (Calculation):

คำสั่ง: ผู้ทดสอบให้คำอธิบายดังนี้: “ต่อไป จะให้เอา 100 ลบด้วย 7 จากนั้น ได้คำตอบเท่าไรให้ลบด้วย 7 ต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งบอกให้หยุด” ให้อ่านคำอธิบายได้ สองรอบถ้าจำเป็น *ห้ามบอกตัวตั้งต้นใหม่ ห้ามบอกผลลัพธ์ที่ลบได้ ห้ามญาติช่วย*

การให้คะแนน : ข้อนี้มีคะแนนเต็ม 3 คะแนน ให้คะแนน 3 คะแนน เมื่อลบถูก 4 หรือ 5 ตัว ให้ 2 คะแนน เมื่อลบถูก 2 หรือ 3 ตัว ให้ 1 คะแนน เมื่อลบถูก 1 ตัว และไม่ได้คะแนน ถ้าลบไม่ถูกเลย โดยคิดคะแนนการลบแต่ละครั้งแยกจากกัน นั่นคือถ้าผู้ทำแบบทดสอบลบผิดแต่หลังจากนั้นลบด้วย 7 ถูกจากตัวเลขที่ลบผิดครั้งแรก ก็ให้คะแนนสำหรับครั้งที่ถูก ตัวอย่าง เช่น ผู้ทำแบบทดสอบอาจตอบเป็น “92-85-78-71-64” ซึ่ง “92” ไม่ถูกต้อง แต่การลบครั้งอื่นถูกต้องก็ให้คิดว่าผิดหนึ่งครั้งและข้อนี้ให้ 3 คะแนน

7. การพูดทวนประโยค (Sentence repetition):

คำสั่ง: ผู้ทดสอบให้คำอธิบายดังต่อไปนี้: “จะอ่านประโยคให้ฟังหลังจากนั้น ให้พูดตามให้เหมือนที่สุด” [หยุดพูด]: “ฉันรู้ว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานวันนี้” เมื่อทวนเสร็จแล้ว ให้พูดว่า: “ต่อไป จะอ่านอีกหนึ่งประโยคให้ฟัง ให้พูดตามให้เหมือนที่สุด” [หยุดพูด]: “แมวมักซ่อนตัวอยู่หลังเก้าอี้เมื่อมีหมาอยู่ในห้อง”

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนนเมื่อทวนประโยคได้ถูกต้อง การทวนจะต้องถูกต้องทุกคำ ให้ระวังความผิดพลาดจากการละคำ (เช่น, การละ “ที่”, “มัก”) และการแทน/เพิ่มคำ (เช่น “จอมเป็นคนเดียวที่จะมาช่วยงานวันนี้”) อนุโลม ถ้ามีคำว่า “ใน” เพิ่มขึ้นในประโยคแรก (เช่น ฉันรู้ว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานในวันนี้)

8. ความสามารถในการใช้คำพูด (Verbal fluency):

เริ่มจากให้เข้าใจเรื่องคำก่อน โดยให้ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบว่า ลองคิดคำที่ขึ้นต้นด้วย “ส” ดู ถ้านึกไม่ออกให้ ยกตัวอย่างเสริมขึ้นมา เช่น “เสื้อ, เสื้อผ้า, สนุกสนาน” โดยไม่เอาชื่อเฉพาะ เช่น สมชาย สีส้ม

คำสั่ง: “ต่อไปนี้ให้บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรต่อไปนี้ “ ก ” ให้มากที่สุด ในหนึ่งนาที พร้อมหรือยัง? [หยุดพูด] เริ่ม [ใช้เวลา 60 วินาที] หยุด”

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนนถ้าผู้ทำแบบทดสอบคิดคำได้ 11 คำหรือมากกว่าใน 60 วินาที บันทึกคำตอบทั้งหมดลงในที่ว่างด้านใต้หรือด้านข้าง

9. ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction):

คำสั่ง: ผู้ทดสอบให้คำอธิบายดังต่อไปนี้ “ให้บอกว่าของสองสิ่งเหมือนกันอย่างไร เช่น “กล้วย” กับ “ส้ม” เหมือนกันเพราะเป็นผลไม้” หลังจากที่ลองฝึกแล้ว ให้พูดว่า “ต่อไปให้บอกว่ารถไฟกับจักรยานเหมือนกันอย่างไร” หลังจากที่ตอบคำถามแล้ว ให้ทดสอบครั้งที่สองพูดว่า “แล้วไม้บรรทัดกับนาฬิกาเหมือนกันอย่างไร” ไม่ต้องให้คำอธิบายหรือกระตุ้นเพิ่มเติม แต่ถ้าพบว่าผู้ทำแบบทดสอบยังไม่สามารถให้คำตอบในลักษณะนามธรรมได้ ให้ถามเพิ่มต่อว่า “ทั้งสองอย่างนั้นอยู่ในกลุ่มหรือจัดเป็นประเภทใดเหมือนกัน” หรือ ถ้าตอบว่าเป็นรถเหมือนกัน ให้ถามต่อว่าอยู่ในกลุ่มในเหมือนกัน

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนนในแต่ละคู่ที่ตอบถูก ต้องตอบเป็นนามธรรม เช่น คำตอบต่อไปนี้ถือว่ายอมรับได้

รถไฟ-จักรยาน = มีความหมายว่าเป็นพาหนะ มีความหมายถึงการเดินทาง/ท่องเที่ยว ทั้งสองใช้สำหรับเดินทาง

ไม้บรรทัด-นาฬิกา = อุปกรณ์ในการวัด ใช้สำหรับวัด มาตรวัด

คำตอบต่อไปนี้ไม่ถูกต้อง: คือคำตอบที่เป็นรูปธรรม ตอบสิ่งที่เป็นรูปร่าง เช่น รถไฟ-จักรยาน = ทั้งคู่มีล้อเหมือนกัน ไม้บรรทัด-นาฬิกา = ทั้งคู่มีตัวเลขเหมือนกัน

10. การทวนซ้ำ (Delay recall):

คำสั่ง: ผู้ทดสอบให้คำอธิบายดังต่อไปนี้ “ให้ทวนคำ 5 คำที่ให้จำเอาไว้ให้มากที่สุด” ให้เช็คถูก (✓) ลงในช่องว่าง สำหรับคำที่จำได้เองอย่างถูกต้องโดยไม่ต้องไปคำหรือตัวเลือก

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนน สำหรับคำที่จำได้เองโดยไม่ต้องไปคำหรือตัวเลือก

ทางเลือก (Optional): ถ้าผู้ทำแบบทดสอบไม่สามารถทวนคำที่ให้จำไว้ได้ ให้ไปเป็นหมวดหมู่ก่อน ตัวอย่างเช่น “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย” “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชนิดของผ้าคะ” “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชื่อสถานที่คะ” “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชื่อของดอกไม้” และ “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชนิดหนึ่งของสี” หากผู้ป่วยยังไม่สามารถบอกได้ ให้ตัวเลือกกับผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย มีตัวเลือกคือ แขน มือ หน้า คำที่ให้จำเป็นคำไหนคะ” “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชนิดของผ้า มีตัวเลือกคือ ผ้าฝ้าย ผ้าไหม ผ้าลินิน คำที่ให้จำเป็นคำไหนคะ” “คำที่ให้จำเมื่อสักครู่เป็นชื่อของดอกไม้”

11. Orientation (6 คะแนน) ให้ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบ ดังต่อไปนี้

คำสั่ง: “วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ เป็นวันที่เท่าไร เดือน และ ปีพ.ศ. อะไรค่ะ”

“ที่นี่ที่ไหนค่ะ และอยู่ในจังหวัดอะไร”

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนน เมื่อผู้ถูกทดสอบ บอกถูกต้องตามจริง

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนแล้วได้น้อยกว่าเท่ากับ 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง โดยเฉพาะความจำ

หมายเหตุ เครื่องมือแบบประเมินนี้ ผู้ทดสอบควรได้รับการอบรมในการใช้เครื่องมือก่อน

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชล

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วยเช่นช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้างเช่นบอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี

(รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

การแปลผลคะแนน

- มีผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป = ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน = ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
- มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน = ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย พิการ หรือ
ทุพพลภาพ

ภาคผนวก ง
ข้อสอบวัดความรู้

ข้อสอบวัดความรู้

1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบมากที่สุดคือ ?
 - a) Multi-infarct dementia
 - b) Parkinson's disease
 - c) Alzheimer's disease
 - d) Fronto-temporal dementia
2. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมในข้อใดที่อาจรักษาให้หายได้?
 - a) เนื้องอกในสมอง
 - b) โรคฮันติงตัน
 - c) โรคอัลไซเมอร์
 - d) โรคพาร์กินสัน
3. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
 - a) มีความผิดปกติด้านภาษา พูดไม่ถูก เรียกไม่ได้
 - b) ทำกิจกรรมที่เคยทำแล้วไม่ได้
 - c) วางแผน จัดลำดับไม่ได้
 - d) ถูกทุกข้อ
4. ข้อใดไม่ใช่ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น จากยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อม?
 - a) Heart rate น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที
 - b) คลื่นไส้/อาเจียนเบื่ออาหาร
 - c) เจริญอาหาร น้ำหนักเพิ่ม
 - d) ผื่นร้าย
5. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม?
 - a) ยึดหยุ่น ยอมตาม หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
 - b) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่ยังทำได้
 - c) แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะปานกลางโดยการพูดคุยให้เหตุผลอธิบายให้เข้าใจ
 - d) ปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด สงบ มีแสงสว่างเพียงพอ

เฉลย: 1. C 2. A 3. D 4. C 5. C