



คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

นางสาวสุทิสรา ปิติญาณ

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2562

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ไม่ใช่โรค แต่เป็นคำจำกัดความแบบกว้างๆ เพื่ออธิบายถึงกลุ่มอาการ ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความจำ กระบวนการความคิดและสติปัญญาด้อยลงจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 พบว่าจะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น โมโหง่าย อาละวาด หงุดหงิดง่าย วุ่นวาย ไม่นอน หลงผิด หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น ไม่รับประทานอาหาร รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวนี้นำมาซึ่งผลโดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมั่นใจ เพื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงได้เรียบเรียงเนื้อหา คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้นำความรู้ความเข้าใจไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

สุทิสรา ปิติญาณ

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

สารบัญ

คำนำ

สารบัญภาพ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล	3
คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์	3

บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิม	4
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
โครงสร้างสายการบังคับบัญชาของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย	8

บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษา

คำจำกัดความของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	9
ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	9
ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	10
การวินิจฉัย	15
การรักษา	19
การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)	20
การรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological management)	26

บทที่ 4 หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

หลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA)	31
การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์	33
การพยาบาลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์	47
กรณีศึกษาที่ 1	49
กรณีศึกษาที่ 2	62
กรณีศึกษาที่ 3	67
สรุปผลการดูแลและข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา	75
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	76
เอกสารอ้างอิง	81

ภาคผนวก

- ก. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
- ข. ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	10
ตารางที่ 2. ความถี่ของกลุ่มอาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms)	11
ตารางที่ 3. ความถี่ของกลุ่มอาการทางจิตอารมณ์ (psychological symptoms)	12
ตารางที่ 4. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)	12
ตารางที่ 5. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคต่างๆ	14
ตารางที่ 6. การรักษาด้วยยา (pharmacological management)	29
ตารางที่ 7. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม¹ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease: AD) สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia: VaD) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease Dementia: PDD) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนขมับฝ่อ (Fronto-Temporal Lobe Degeneration: FTLD) เป็นต้น^{2, 3}

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมายหลายกลุ่มอาการ เช่น เฉยเมย ไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) วิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) หลงผิด (delusion) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โมโหร้ายอาละวาด (aggression) ภาวะเคลิ้มสุข หรืออาการเบิกบานใจจนผิดปกติ (euphoria) อาการประสาทหลอน (hallucination) ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) วงจรการนอนผิดปกติ (sleep cycle abnormalities) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมายหลากหลายปัญหา แต่ละปัญหาที่มีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม³ ส่งผลให้การพยากรณ์ของการรักษาไม่ดี เช่น มีกระบวนการคิดสติปัญญาถดถอยลง (cognitive decline) มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (illness progression) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ถดถอยลง เพิ่มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในสถานพักฟื้นระยะยาว^{4, 5} ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden)⁶ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก

เป็นภาระของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วย⁶⁻¹⁰ จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ ความรู้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค ทักษะในการดูแลและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย¹⁰

ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงการมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับครอบครัว/ผู้ดูแลเพื่อให้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเนื้อหาในคู่มือฉบับนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยใช้หลักการของการดูแลทั้งการรักษาด้วยยาและการดูแลแบบไม่ใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. ทราบถึงความหมาย อาการ ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. สามารถอธิบายได้ถึงหลักการรักษาและเทคนิคการดูแล การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. ทราบถึงแนวทางการรักษาด้วยยาที่ใช้รักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมและสามารถบริหารยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง
4. สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ให้การวางแผนการพยาบาล โดยระบุปัญหาที่พบ เป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลที่ใช้เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
2. พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับความรู้และแนวทางการจัดการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือพยาบาลฉบับนี้ผู้เขียนจัดทำขึ้นจากการทบทวนความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ โดยคู่มือฉบับนี้เหมาะสำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพเพื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่มาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก

คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อ ความจำ ความคิด ความสามารถในด้านต่างๆ รวมถึง การตัดสินใจอย่างเป็นเหตุ เป็นผล มีความผิดปกติทางด้านภาษา บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน¹¹⁻¹³

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติของการรับรู้ กระบวนการคิด อารมณ์ หรือ พฤติกรรม ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม^{2, 14, 15}

บทที่ 2

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานที่จัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุระดับแพทยศาสตร์บัณฑิต และระดับหลังปริญญา ให้บริการทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ป่วยและสังคม ทำวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยออกไปในวงกว้าง นอกจากนี้ยังให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยสมรรถนะหลักที่เป็นแกนของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (core competency)¹⁶ ประกอบด้วย พัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแล (care management) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อนำมาพัฒนา จัดระบบการดูแล สร้างทีมในการดูแล สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพและสามารถต่อรอง เพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

งานวิชาชีพ

- คัดกรองผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้หลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เช่น คัดกรองกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุก่อนพบแพทย์ เช่น มีประวัติหกล้ม มีปัญหาเรื่องการทรงตัว การเดิน นอนติดเตียง หลงลืม สับสน มีปัญหาเรื่องสำลักอาหาร เป็นต้น จากนั้นส่งเข้าพบทีมสหสาขาตามเกณฑ์ที่ตกลงร่วมกันในคลินิกผู้สูงอายุ

2. คัดกรองภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ หากพบว่าเข้าตามเกณฑ์ เช่น สัญญาณชีพ ความดันโลหิตสูง ระดับความดันตัวบน (systolic blood pressure) สูงมากกว่า 140 mmHg และความดันตัวล่าง (diastolic blood pressure) สูงมากกว่า 100 mmHg ทำหน้าที่ประสานการดูแลเร่งด่วนกับ แพทย์เจ้าของไข้ หน่วยงานห้องฉุกเฉิน (ER) และส่งผู้ป่วยไปรักษาตามระบบ

3. ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (Activities of daily Living: ADL) เพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำ สอน อย่างเหมาะสมในแต่ละราย

4. ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ความสำคัญและประโยชน์จากการพบทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. ให้คำปรึกษาแก่ญาติและผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

6. เป็นพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่กระตุ้นสมอง การฟื้นฟูสมรรถนะของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยสมองเสื่อม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองถดถอย การทำแผลกดทับ แผลผิวหนังอักเสบจากภาวะกลืนไม่ลงจากระ ปัสสาวะไม่ได้ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การติดต่อสิทธิ การติดต่อหน่วยงานราชการเพื่อทำนิติกรรมทางกฎหมาย เป็นต้น

7. ให้บริการปรึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทางโทรศัพท์ ในวันและเวลาราชการ

8. ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ กับแพทย์ เพื่อร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในแต่ละราย อย่างเหมาะสม

9. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาคือในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลอื่นตามสิทธิ และโรงพยาบาลตามความเหมาะสมและต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว

10. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

11. เข้าร่วมประชุมครอบครัว (family meeting) เพื่อร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) พร้อมกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และทีมการดูแลผู้ป่วย

12. ช่วยพัฒนา สร้างนโยบาย วางแผนการจัดระบบคลินิกให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ และเทียบเคียงกับคุณภาพสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

13. สอนเรื่องการประเมินและการจัดการกับแผลกดทับ แผลผิวหนังอักเสบจากภาวะกลืนไม่ลงจากระ ปัสสาวะไม่ได้ ให้กับแพทย์ประจำบ้าน ชั้น ปี 2-3 และ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

ชั้น ปี 1-2 รวมถึงแพทย์ที่มาศึกษาในงานในสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย เดือนละ 1 ครั้ง (3-4 ชั่วโมง/ครั้ง)

14. เป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการพยาบาล, การดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผลกดทับในผู้ป่วย ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล

15. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น และหลักสูตรสำหรับประชาชนและผู้สนใจทั่วไป

16. ทำงานวิจัย โดยเป็นผู้ดำเนินการหลัก ดำเนินการร่วม ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนสรุปผล ตลอดจนนำเสนอเผยแพร่ทั้งในวารสาร งานประชุมวิชาการของสมาคมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรวิชาชีพ

17. เขียนคู่มือ บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้กับสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย คลินิกผู้สูงอายุ วารสารและหนังสือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรวิชาชีพ

งานบริหาร

1. ช่วยดูแลเรื่องการบริหารปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่มาศึกษาในงานระยะสั้น ของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย

2. ช่วยบริหารจัดการกำลังการออกตรวจจัดตารางการออกตรวจให้บริการของอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่มาศึกษาในงานระยะสั้น ของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้สูงอายุ

3. ร่วมบริหารจัดการการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุในการกำหนดอัตราค่าจ้างระหว่างแพทย์และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ และดูแลจัดการให้เป็นไปตามระบบอย่างเรียบร้อย

4. รับผิดชอบเรื่องการประสานงาน การปรับปรุง การแก้ไข การจัดระบบนัดหมายของผู้ป่วย ระบบออกตรวจของแพทย์ประจำสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย การปรับอัตราค่าจ้างการติดต่อบุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานของคลินิกเป็นไปอย่างเรียบร้อย

5. เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาด้านข้อมูล ด้านการปรับตัว ให้กับอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่มาศึกษาในงานระยะสั้น ของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานในสาขาวิชา

6. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่มาศึกษาในงานระยะสั้น ของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย

7. ประสานความร่วมมือระหว่างอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่มาศึกษาดูงานระยะสั้น ของสาขาวิชาอายุรศาสตร์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาฯ

8. ช่วยสำรวจความต้องการใช้ การดูแลบำรุงรักษา การจัดเตรียมอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ทั้งในด้านการเรียนการสอน การตรวจทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ อยู่ในสภาพดี พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา รวมถึงควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า

9. ประสานการดูงานจากบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาปริญญาตรี ปริญญาโท และบุคลากรนอกคณะและบุคลากรจากต่างประเทศ

งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. เป็นอนุกรรมการสอบสวนความผิดเชิงจริยธรรมของพยาบาล แต่งตั้งโดยสภาการพยาบาล ตั้งแต่ปี 2562 ถึงปัจจุบัน

2. เป็นคณะกรรมการของชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (Thai Nurses Society For People with Dementia: TNSD) ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน

3. เป็นคณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการของชมรมนักวิจัยโรคสมองเสื่อมสหสาขาแห่งประเทศไทย (Collaborative Aging and Dementia Research Society, Thailand: CART) ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปัจจุบัน

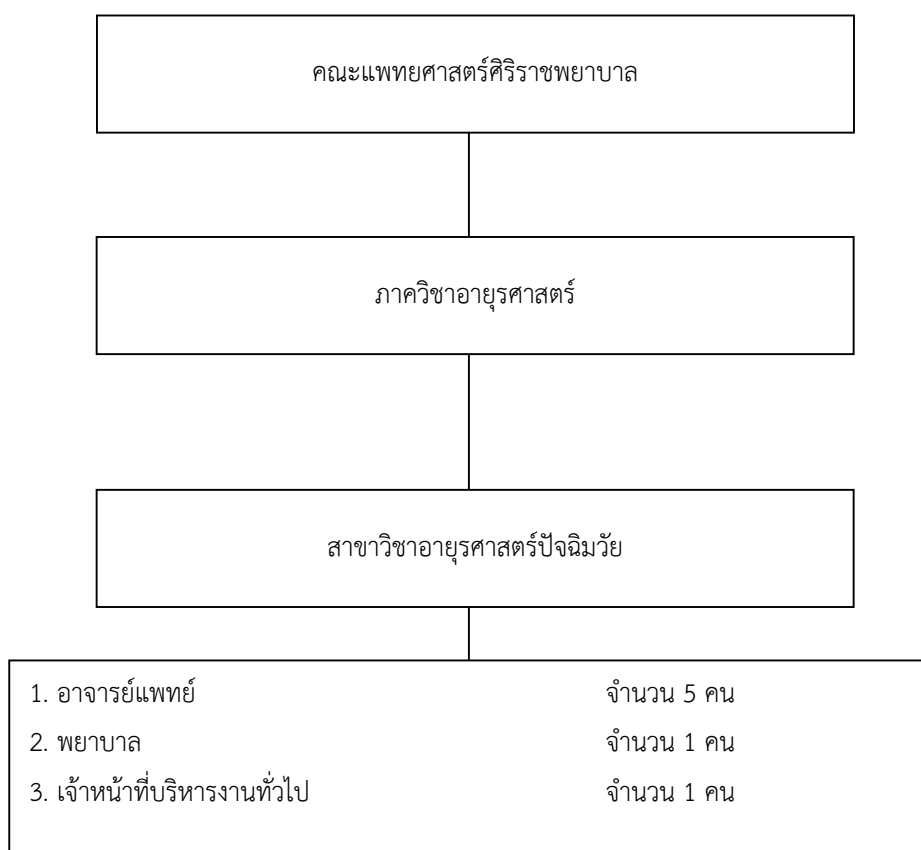
4. คณะกรรมการและอาจารย์ผู้สอนในการจัดอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยพยาบาล” ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2559

5. เป็นคณะทำงานและอาจารย์ผู้สอนในการจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “การเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน” สำหรับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ปี 2556

6. เป็นคณะทำงานและอาจารย์ผู้สอนในการจัดอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในสถานพักฟื้นและส่งเสริมผู้สูงอายุ บางแค ๑ และ บางแค ๒” ปี 2555

7. เป็นคณะทำงานและอาจารย์ผู้สอนในการจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “หลักการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้” สำหรับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ปี 2555

แผนภูมิ โครงสร้างสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปัจจุบัน



บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษา

คำจำกัดความ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากโรคอัลซไเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคทางระบบประสาทอื่นๆ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม¹

แต่เดิมปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการให้คำจำกัดความไว้ค่อนข้างหลากหลาย และเน้นตามปัญหาอาการทางจิตประสาทที่พบ เช่น psychological reactions, psychiatric symptoms, neuropsychiatric symptoms, หรือ behavioral disturbance ดังนั้นในปี 1996 สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) ได้มีมติสรุปบัญญัติศัพท์โดยให้ใช้คำว่า “Behavioral Disturbances of Dementia (BDD)” เพื่อวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อ คือ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม และเพื่อสรุปขอบเขตของอาการของพฤติกรรมผิดปกติดังกล่าว ต่อมาในปี 1999 สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) ได้ทำการทบทวนในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจาก 16 ประเทศ เพื่อหาข้อสรุปและลงมติ ว่าควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมคำจำกัดความเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันมากยิ่งขึ้นจึงสรุปให้เปลี่ยนมาใช้คำว่า Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) แทนคำเดิม และนิยามความหมายของ BPSD คือ กลุ่มอาการผิดปกติของการรับรู้ กระบวนการคิด อารมณ์ หรือ พฤติกรรม ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม^{2, 15, 17}

ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในสถานพยาบาลและในชุมชน พบว่า มีความชุกอยู่สูงในหลายๆ ประเทศ และพบสูงมากถึง ร้อยละ 97.5 ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ประเทศ	ความชุกของ BPSD (ร้อยละ)
ออสเตรเลีย ¹⁸	92
เนเธอร์แลนด์ ¹⁹	81
นอร์เวย์ ²⁰	84
สหรัฐอเมริกา ²¹	69
ประเทศแถบลาตินอเมริกา อินเดีย จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ²²	71
ประเทศไทย ^{23, 24}	90.5 - 97.5

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้จากในหลายๆ ประเทศมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบทุกรายจะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 จะเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา²⁵ โดยที่ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถพบได้ในทุกระยะของสมองเสื่อม เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) จะพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) อาการหลงผิดหวาดระแวง (delusions) จะพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) ในขณะที่ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (aberrant motor behavior) จะพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย (severe dementia)²⁶

ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีมากมายหลากหลายปัญหา อาจจัดแบ่งตามลักษณะของกลุ่มอาการแสดงใหญ่ๆ 2 กลุ่ม²⁷ ได้แก่

1. กลุ่มอาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) โดยทั่วไปจะได้มาจากการสังเกตลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น อาละวาดทำร้ายร่างกาย (physical aggression) กรีดร้อง ตะโกนเสียงดัง (screaming) กระสับกระส่าย (restlessness) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) เดินไปเดินมาตลอดเวลา (wandering) มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์/วัฒนธรรม (culturally inappropriate behaviors) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (sexual disinhibition) ซ่อนของ/สะสมของที่ไม่เหมาะสม (hoarding) ใช้คำพูดหยาบคาย ด่าทอ (cursing) หลบหลีก ซ่อนตัวจากสังคม (shadowing) เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศแถบทวีปยุโรป^{1, 27-33} พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนที่ผิดปกติ (sleep abnormalities) ร้อยละ 24-38 หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) ร้อยละ 13-30 และโมโหร้ายอาละวาด (aggression) ร้อยละ 13-30 ในประเทศแถบทวีปเอเชีย³⁴⁻³⁶ มีการศึกษา พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ หงุดหงิดวุ่นวาย

(agitation) ร้อยละ 39-60 การนอนผิดปกติ (sleep abnormalities) ร้อยละ 10-61 และ โมโหร้ายอาละวาด (aggression) ร้อยละ 34-35 สำหรับประเทศไทย^{23, 24} พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนผิดปกติ (sleep abnormalities) ร้อยละ 72-85 โมโหร้ายอาละวาด (aggression) ร้อยละ 57-64 ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 57.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. ความถี่ของกลุ่มอาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms)

Behavioral symptoms	ประเทศแถบ ทวีปยุโรป 1,27,33 (ร้อยละ)	ประเทศแถบ ทวีปเอเชีย ³⁴⁻ 36 (ร้อยละ)	ประเทศไทย ²³⁻²⁴ (ร้อยละ)
หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation)	13-30	39-60	44-61
โมโหร้ายอาละวาด (aggression)	13-30	34-35	57-64
ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition)	2-31	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
การนอนที่ผิดปกติ (sleep abnormalities)	24-38	10-61	75-85
ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	23-58

2. กลุ่มอาการทางจิตอารมณ์ (psychological symptoms) โดยทั่วไปจะได้มาจากการพูดคุยซักประวัติ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น วิตกกังวล (anxiety) อารมณ์ซึมเศร้า (depress mood) ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศแถบทวีปยุโรป^{1, 27-33} พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 24-77 อาการเฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) ร้อยละ 20-7 หลงผิด (delusion) ร้อยละ 18-66 และในประเทศแถบทวีปเอเชีย^{8, 34-36} พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) ร้อยละ 21-83 หลงผิด (delusion) ร้อยละ 30-60 ภาวะซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 22-50 สำหรับประเทศไทย^{24, 37} พบว่า อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucination) ร้อยละ 55-85 ภาวะซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 76-81 หลงผิด (delusion) ร้อยละ 69-80 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ความถี่ของกลุ่มอาการทางจิตอารมณ์ (psychological symptoms)

Psychological symptoms	ประเทศแถบ ทวีปยุโรป ^{1,27,33} (ร้อยละ)	ประเทศแถบ ทวีปเอเชีย ³⁴⁻³⁶ (ร้อยละ)	ประเทศไทย ²³⁻²⁴ (ร้อยละ)
เฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy)	20-71	21-83	52.5
วิตกกังวล (anxiety)	14-62	20	52-74
ภาวะซึมเศร้า (depression)	24-77	22-50	76-81
หลงผิด (delusion)	18-66	30-60	69-80
ภาวะเคลิ้มสุข หรือ อาการเบิกบานใจจนผิดปกติ (euphoria)	4.9	3	ไม่มีข้อมูล
อาการประสาทหลอน (hallucination)	9-25	21-26	55-85

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาของ Steinberg และคณะ³¹ ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มเดียวกันหลังติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบ ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ กลุ่มอาการ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(ดัดแปลงตารางจากการศึกษาของ Steinberg และคณะ³¹)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD item by NPI)	ความชุกวันสำรวจ (point prevalence at baseline)	ความชุก 5 ปีต่อมา (5 years period prevalence)
หลงผิด (delusion)	18	60
อาการประสาทหลอน (hallucination)	10	38
วุ่นวาย อาละวาด (agitation/aggression)	14	45
ซึมเศร้า (depression/dysphoria)	29	77
เฉยเมยไม่มีอารมณ์-ความรู้สึก (apathy/indifference)	20	71

ตารางที่ 4. (ต่อ) ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(ดัดแปลงตารางจากการศึกษาของ Steinberg และคณะ³¹)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD item by NPI)	ความชุกวันสำรวจ (point prevalence at baseline)	ความชุก 5 ปีต่อมา (5 years period prevalence)
อาการเบิกบานใจมากกว่าปกติ (elation/euphoria)	1	6
วิตกกังวล (anxiety)	14	62
ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition)	7	31
หงุดหงิด ฉุนเฉียว แปรปรวน (irritability/lability)	20	57
มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (aberrant motor behavior)	7	52
อาการอย่างใดอย่างหนึ่ง (any symptoms)	56	97

จะเห็นได้ว่าลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีมากมายหลากหลายปัญหา หากพิจารณาจากโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดสมองเสื่อม จะพบว่าการมีพยาธิสภาพจากโรคที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้มีอาการเด่นแตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Mukherjee และคณะ³⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกับชนิดของพยาธิสภาพจากโรคต่างๆ ที่ทำให้เกิดสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 107 คน ผู้ป่วย 99.1% มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อย 1 อาการ และ 71.96% มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากกว่า 4 อาการ โรคที่พบจำนวนปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ Fronto – Temporal Dementia (FTD), Lewy Bodies (DLB), mixed dementia, โรคอัลไซเมอร์ และ Vascular Dementia (VaD) ตามลำดับ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) บางอาการเป็นลักษณะโดดเด่นที่พบได้บ่อยในบางโรค เช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรค Lewy Bodies (Dementia with Lewy Bodies: DLB) หรือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (aberrant motor behavior) จะพบได้โดดเด่นในผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก Fronto – Temporal Dementia (FTD) และในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะพบอาการเฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) หงุดหงิด ฉุนเฉียว แปรปรวน (irritability/lability) ภาวะซึมเศร้า (depression) การนอนผิดปกติ (sleep abnormalities) และ วิตกกังวล (anxiety) ได้บ่อย³⁸ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพยาธิสภาพจากโรคต่างๆ

(ดัดแปลงตารางจากการศึกษาของ Mukherjee และคณะ³⁸)

จำนวน อาการของ BPSD	รวม (107 คน)	Alzheimer's Disease (AD)	Fronto – Temporal Dementia (FTD)	Vascular Dementia (VaD)	Mixed Dementia	Dementia with Lewy Bodies (DLB)
0	1 (0.93%)	1	0	0	0	0
1	5 (4.67%)	3	1	1	0	0
2	9 (8.41%)	7	0	0	2	0
3	15 (14.02%)	11	1	4	0	0
≥4	77 (71.96%)	44	17	6	5	4
delusion		1.92±3.28	1.68±3.9	1.27±2.87	2.14±3.76	4.50±3.87
hallucination		1.09±2.44	1.42±2.89	0.82±1.94	0.1±0.38	6.50±4.12
agitation/aggression		3.55±3.49	6.00±4.24	2.45±3.27	5.14±3.80	6.00±4.24
depression/dysphoria		2.52±2.66	2.37±2.89	3.09±3.18	2.86±3.02	2.00±1.63
anxiety		2.27±2.82	1.74±2.26	2.91±3.24	2.86±3.63	2.25±2.63
elation/euphoria		0.18±0.82	0.84±1.80	0.00±0.00	0.00±0.00	0.25±0.50
apathy/indifference		4.23±3.76	6.32±3.94	4.00±3.35	4.71±4.86	4.00±1.41
disinhibition		0.58±2.10	2.32±4.22	0.00±0.00	0.86±2.27	0.25±0.50
Irritability/lability		2.38±2.69	3.53±3.52	2.27±2.45	3.86±3.39	2.50±2.65
aberrant motor behavior		1.32±2.35	4.42±4.13	0.73±1.85	1.71±2.93	0.00±0.00
sleep disorder		2.39±3.06	4.74±4.33	2.18±2.71	2.43±2.7	4.50±1.00
appetite and eating disorder		2.05±2.41	3.58±2.95	2.27±3.07	1.14±2.27	2.75±2.50

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมว่ามีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) หรือไม่ ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) เป็นอาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เห็น หากไม่มีความคุ้นเคยและไม่ทราบลักษณะนิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยมาก่อนจะทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนหรือไม่ถูกต้องได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) คือ การซักประวัติจากบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการสนทนากับผู้ป่วย การตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยโดยละเอียด ซึ่งการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวนี้มีหลักการในการประเมินได้หลายรูปแบบ ซึ่งหลักการประเมินที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ การประเมินด้วยหลัก ABCs Approach หรือ หลัก Four Ds Approach หรือ การใช้คำถาม หรือ การใช้แบบประเมินอาการเฉพาะต่างๆ

1. การวินิจฉัยด้วยหลัก ABCs Approach^{2, 39-41}

เป็นกลยุทธ์ที่ง่าย มีประสิทธิภาพต่อการนำไปใช้เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถนำมาใช้ได้ดีในทางปฏิบัติ โดยมีหลักการประเมิน ดังนี้

A: Antecedents (What occur before the behavior)

การมองหาสาเหตุที่อาจเป็นเหตุมาก่อนเกิดอาการ หรือ เป็นเหตุการณ์ที่เป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวนี้อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยที่มากระตุ้นผู้ป่วย 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองที่มีโรคหรือความไม่สุขสบายทางกาย และไม่สามารถสื่อสารออกมาเพื่อให้คนรอบข้างเข้าใจได้ด้วยคำพูดที่เหมาะสม จึงแสดงออกมาทางพฤติกรรม ทำทาง ที่ตนเองทำได้ เช่น ร้องตะโกน เดินไปมา ยุกยิก อยู่นิ่งไม่ได้ เกรี้ยวกราดของ เป็นต้น ปัจจัยที่สอง คือ จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่สบายตัว ไม่สบายใจ เช่น อากาศร้อน-หนาว เสียงดัง กลิ่นรบกวน แสงสี เป็นต้น ปัจจัยที่สาม คือ จากผู้ดูแล ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ หรือ ผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดันเป็นภาระ มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หงุดหงิด ทำให้ความสามารถในการดูแลถดถอยลง หรือ ดูแลไม่เหมาะสม เกิดเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรงมากขึ้น

การหาสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นการเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมและรีบให้การแก้ไข ปรับเปลี่ยน สาเหตุเหล่านั้น จะช่วยลดความรุนแรงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม กรณีที่ปัจจัยกระตุ้นบางอย่างไม่สามารถแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนในทันทีไม่ได้ ให้หลีกเลี่ยงสาเหตุดังกล่าวหรือค่อยๆสร้างความคุ้นเคยและเคยชินโดยใช้เวลาที่เหมาะสม

B: Behaviors (What happens during the behavior)

พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีอะไรบ้าง อยู่ในกลุ่มอาการใด กลุ่มอาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) หรือ กลุ่มอาการทางจิตอารมณ์ (psychological symptoms) หรือมีทั้ง 2 กลุ่มอาการ การที่เราเข้าใจว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่ในกลุ่มอาการใด มีสาเหตุมาจากอะไร จะช่วย ทำให้เราสามารถคิดหากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม เช่น หากพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมหงุดหงิดวุ่นวาย อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปเดินมา หรือ โมโห อาละวาด ตัว เมื่อได้ยินเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมรอบๆ แสดงว่า สิ่งแวดล้อมดังกล่าวเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรงมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องคอยสังเกต หลีกเลี่ยงการมีสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น เช่น พาผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว หรือ หากสามารถจัดการลดเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นให้รับจัดการ รวมถึงเลือกใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยท่าทางอ่อนโยน สงบ ยิ้มแย้ม ใช้คำพูดที่สั้น กระชับ ชัดเจน ไม่ตะโกน ไม่คุกคาม ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละครั้งด้วย

C: Consequences (What are the immediate and delayed reactions from everyone involved)

ผลที่ตามมาของอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) นั้นเป็นอย่างไร มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อใครบ้าง ผลที่เกิดขึ้นนี้อาจมีทั้งทางบวกและทางลบต่อตัวผู้ป่วยและต่อคนรอบข้าง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจะเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่เกิดขึ้นหลังจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์นั้น

การที่รู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ และผลที่ตามเป็นอย่างไร เกิดผลกระทบต่อใครบ้าง และมีการตอบสนองเป็นอย่างไร จะทำให้พยาบาลสามารถสร้างกลยุทธ์ในการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ เช่น หากผู้ป่วยตะโกนเสียงดังเรียกร้องความสนใจ ถ้าคนรอบข้างแสดงการตอบสนองด้วยปฏิกิริยาทางลบด้วยการตะโกนใส่กลับไปหรือไม่สนใจ จะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้น แต่หากคนรอบข้างให้ความสนใจด้วยท่าทีนิ่งสงบ พูดคุยใช้น้ำเสียงปกติ ถือเป็นการตอบสนองในทางบวก อาจทำให้ผู้ป่วยสงบลง

2. การวินิจฉัยด้วยหลัก Four Ds Approach^{2, 42}

Define: ซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการใดที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD)

Decode: มองหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) เช่น ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (Hypothyroidism) เป็นต้น

Devise: อธิบายญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) สอนวิธีการพูดและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย (approachment)

Determine: ตั้งเป้าหมายในการรักษาอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) และปรับเปลี่ยนกลวิธีใหม่หากวิธีการรักษาเดิมไม่ได้ผล

3. การวินิจฉัยด้วยคำถาม^{2, 25}

การใช้คำถามที่อาจเป็นประโยชน์ในการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) หรือไม่

1. อาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ใดที่ทำให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกลำบากใจ และใครเป็นผู้ที่ลำบากใจที่สุดในการดูแลผู้ป่วย
2. อาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) นี้เกิดขึ้นเมื่อใด ที่ไหน สถานการณ์ใด
3. เคยได้มีการพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) หรือยัง ถ้าเคยแล้วได้ลองใช้วิธีใดมาบ้าง

4. การวินิจฉัยโดยใช้แบบประเมินอาการ

แบบประเมินอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

4.1. แบบประเมินอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่ประเมินอาการใดอาการหนึ่งเป็นหลัก เช่น

4.1.1 Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)⁴³⁻⁴⁵ เป็นแบบประเมินความถี่ในการเกิด agitation โดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีการประเมิน 29 ข้อ มีคะแนน 1 (ไม่เคยมีอาการเลย) ถึง 7 (มีอาการหลายๆครั้งในแต่ละชั่วโมง) แบ่ง agitation ออกเป็น aggressive behavior เช่น hitting, pushing, biting, tearing things, และ scratching เป็นต้น physically nonaggressive behavior เช่น repetitious, mannerisms และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น Verbally agitated behavior เช่น negativism, screaming. และ repetitious sentences or questions เป็นต้น แบบประเมิน CMAI นี้มีทั้งแบบ long form และ short form สามารถนำไปใช้ได้ทั้งใน nursing home และใน community

4.1.2 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)⁴⁶ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยยา antidepressants ลักษณะคำถามเกี่ยวกับอาการ anxiety, sadness, lack of reactivity to pleasant events, irritability,

agitation, retardation, multiple physical complaints, acute loss of interest, appetite loss, weight loss, lack of energy, diurnal variation of mood, difficulty falling asleep, multiple awakening during sleep, early morning awakening, suicide, self-depreciation, permission, mood congruent delusion ด้านของความถี่และความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4.2 แบบประเมินอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) โดยรวม เช่น

4.2.1 Behavioral Pathology in AD Rating Scale (BEHAVE-AD)^{47, 48} ใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) โดยรวม ประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ได้แก่ หวาดระแวงและหลงผิด (paranoid and delusional ideation) ประสาทหลอน (hallucination) มีความผิดปกติในการทำกิจวัตรประจำวัน (disturbances of daily activities) แบบแผนการนอนผิดปกติ (sleep disturbances and circadian rhythm disorder) อาการปัญหาทางอารมณ์ (affective disorder) วิตกกังวลและหวาดกลัวผิดปกติ (anxiety and phobia) รวมทั้งหมด 25 ข้อคำถาม สำหรับถามครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับ ระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนในแต่ละข้อ สามารถให้ 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 3 (มีอาการรุนแรงทั้งทางอารมณ์และพฤติกรรมแสดงออกทางกาย)

4.2.2 Neuropsychiatric Inventory (NPI)⁴⁹ เป็นเครื่องมือที่มีการใช้แพร่หลายมากที่สุดในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ใช้เวลาในการประเมิน 10 – 20 นาที แบบประเมิน NPI นี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Cumming และคณะ โดยฉบับที่เริ่มพัฒนาเครื่องมือนั้นมีการประเมิน 10 ด้าน ได้แก่ delusions, hallucinations, agitation/aggression, depression/dysphoria, anxiety, elation/euphoria, apathy/inefficiency, disinhibition, irritability/liability และ aberrant motor activity ต่อมาได้มีการเพิ่มปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อีก 2 ด้านได้แก่ sleep and nighttime behavior disorders และ appetite and eating disorders โดยที่วิธีการใช้แบบประเมิน NPI คือ ต้องสัมภาษณ์จากผู้ดูแลหลักที่รู้จักผู้ป่วยดี ดูแลกิจกรรมของผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน โดยดูแลอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน และ 4 วัน ต่อสัปดาห์ และคำตอบที่ควรจะเป็นมี “ใช่” กับ “ไม่ใช่” โดยที่วิธีการให้คะแนนในแต่ละปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรง ความถี่ ภาพรวม (ความถี่ x ความรุนแรง) และความกดดันของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น

4.2.3 Behavioral Rating Scale for Dementia (BRSD)⁵⁰ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 46 ข้อคำถาม สำหรับฉบับย่อมี 17 คำถาม โดยประเมิน ระดับความถี่ ความรุนแรง ของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ depressive

features, psychotic features, defective self-regulations, vegetative features, apathy, aggression และ affective lability โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น 0 – 4 คะแนน เมื่อ 0 หมายถึงไม่เคยมีอาการใดๆ เลย สำหรับ 1 - 4 คะแนน หมายถึง ในช่วงระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมาเคยมีอาการ 1 – 2 วัน 3-8 วัน 9-15 วัน และมากกว่า 16 วัน ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ใช้แบบประเมินจะต้องผ่านการทดสอบและการขออนุญาตในการนำมาใช้จากเจ้าของเครื่องมือ

เนื่องจากในปัจจุบันแบบประเมินเหล่านี้เป็นแบบประเมินที่ส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในการศึกษา การวิจัยเพื่อประเมิน ติดตามอาการ หรือ ประเมินผลการรักษาด้วยยา ยังไม่มีการนำมาใช้ทางปฏิบัติ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น แบบประเมินค่อนข้างยาว มีหลายข้อคำถาม และ ผู้ประเมินต้องผ่านการฝึกการใช้แบบประเมินตามข้อกำหนดของผู้สร้างแบบประเมิน และการนำมาใช้ ต้องขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือก่อนนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และ แบบประเมินไม่มีการแปลเป็นภาษาไทย เป็นต้น ดังนั้น ผู้เขียนจึงไม่ได้นำต้นฉบับของแบบประเมิน ต่างๆ มาใส่ไว้ในคู่มือฉบับนี้ หากผู้อ่านสนใจแบบประเมินต่างๆ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก เอกสารอ้างอิง หรือ จากการศึกษาวิจัยที่มีการเผยแพร่การนำแบบประเมินนั้นๆ มาใช้ประเมินปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)

การรักษา

หลักการทั่วไปของการรักษาอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะเริ่มหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอาการของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ก่อนเสมอ ในปัจจุบันมีบทความเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมค่อนข้างหลากหลาย เช่น best practice guideline for accommodating and managing behavioral and psychological symptoms of dementia in residential⁵¹ ถูกพัฒนาขึ้นโดย The Canadian Coalition for Senior Mental Health ดัดแปลงจากแนวปฏิบัติ National Guidelines for Senior's Mental Health: the Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes และจากแนวปฏิบัติของ The British Columbia (BC) Clinical Practice guideline on Cognitive Impairment in the Elderly: recognition, diagnosis and management ในปี 2007 และปรับปรุงใหม่ในปี 2008 ซึ่งผู้พัฒนาแนวปฏิบัติให้คำแนะนำไว้ว่าสามารถดาวน์โหลดจากอินเทอร์เน็ตได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถนำไปใช้ได้ทางคลินิกทั้งในเรื่องของการประเมินและการพิจารณาเลือกวิธีการในการนำไปจัดการกับ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยแพทย์ พยาบาล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ สามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ได้ ซึ่งหลักการรักษาที่สำคัญคือ การรักษาตามอาการ โดยทั่วไป จะเริ่มจากหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวและแก้ไขที่สาเหตุก่อน ร่วมกับ

การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral therapies) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การมีกิจกรรมระหว่างวัน (daytime activities) รวมถึงการให้ความรู้กับผู้ดูแล (educational interventions) ก่อนเสมอ เพราะการรักษาด้วยยา (pharmacological management) อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ตามมาและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้^{2, 25} ดังนั้น แนวทางปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จึงเริ่มจากการรักษาด้วยหลักการไม่ใช้ยาก่อนเสมอและหากไม่สามารถควบคุมปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวนี้ได้ ให้เพิ่มหลักการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยหลักการไม่ใช้ยา

1. การรักษาด้วยหลักการไม่ใช้ยา (non- pharmacological management)

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-Pharmacological management) มีการแบ่งได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับการเลือกนำไปใช้ เช่น การแบ่งตามการกระตุ้น ได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (sensory stimulation interventions) และการกระตุ้นการรู้คิด/อารมณ์ (cognitive/Emotion-orientated interventions) หรือ การแบ่งตามลักษณะการสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา และการสื่อสารด้วยวัจนภาษา^{2, 52} ซึ่งในที่นี้จะขอยกตัวอย่างหลักการดูแลแบบไม่ใช้ยาโดยใช้หลักของการสื่อสารและเทคนิคการจัดการตามกลุ่มอาการเฉพาะ เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ

1.1. การให้การรักษาที่เน้นการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (nonverbal intervention) เช่น

1.1.1 สุนทรบำบัด (aromatherapy)⁵³ การใช้น้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความวิตกกังวล หงุดหงิดวุ่นวาย กระวนกระวายใจและกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบของการใช้ สุนทรบำบัดมีหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น สูดดม ทา นวด อาบแช่ กลิ่นที่นิยมใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ กลิ่นเมลิสซา (Melissa) และ กลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender) กลิ่นเลมอน (lemon) อย่างไรก็ตามกลไกการออกฤทธิ์ของการใช้สุนทรบำบัดในการรักษานั้นยังไม่ทราบแน่ชัด และการศึกษาที่มีในปัจจุบันยังมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่แตกต่างกันบ้างขึ้นกับวิธีการทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างและคุณภาพของการศึกษาวิจัยนั้นๆ (methodological quality)

1.1.2 การรักษาด้วยแสงสว่าง (bright light therapy: BLT)⁵³ เพื่อปรับวงจรนาฬิกาชีวภาพ (circadian rhythms) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ช่วยพัฒนาเรื่องการรู้คิด (improve cognition), ช่วยกระตุ้นการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยปรับวงจรการนอนหลับ ปรับพฤติกรรมและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งแสงจำที่นำมาใช้มีขนาดตั้งแต่ 5,000- 10,000 LUX ทั้งนี้ขึ้นกับการการศึกษา แต่ผลการศึกษาที่ได้ส่วนใหญ่ไม่เห็นชัดเจนในทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการศึกษาทดลองที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดน้อย รูปแบบการศึกษาที่ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาทดลองเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน

อาจเนื่องมาจากเป็นประเทศที่มีแสงแดดตลอดปี ดังนั้นในทางปฏิบัติหากไม่มีข้อห้ามใดๆ แนะนำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม ตื่นกลางวันและให้มีกิจกรรมในช่วงกลางวันให้โดนแสงแดดยามเช้า เพื่อส่งเสริมวงจรการนอนหลับของผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นกัน

1.1.3 ดนตรีบำบัด (music therapy) ช่วยเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ขั้นรุนแรงที่สูญเสียความสามารถด้านภาษาไป อาจมีประโยชน์ในแง่ของทบทวนความจำและการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล (orientation) รวมถึงช่วยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นอีกครั้ง การศึกษาจำนวนมากในปัจจุบัน⁵³ พบว่า ดนตรีบำบัดจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด อุนเฉียว เป็นต้น และกระตุ้นผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน ได้แก่ การรู้คิด อารมณ์ การเข้าสังคม การสื่อสาร เป็นต้น ทั้งนี้ดนตรีบำบัดมีได้หลายรูปแบบ เช่น การร้องเพลง การฟังเพลง การเต้นรำ การเล่นเครื่องดนตรี ต่างๆ ขึ้นอยู่กับความสนใจ ความพร้อม สมรรถนะ และความสามารถในการมีกิจกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน

1.1.4 การออกกำลังกาย (exercise) ช่วยลดความรู้สึกล่งพล่าน กระวนกระวายใจ ปรับอารมณ์ให้ผ่อนคลาย สดชื่น แจ่มใสมากขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่มีในปัจจุบัน⁵³ พบว่า การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) จะทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม ตัวอย่างการออกกำลังกาย เช่น การฝึก Tai Chi การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching) การเดิน การฝึกการทรงตัว (balance) การฝึกความแข็งแรงและความยืดหยุ่น (strength – flexibility) เป็นต้น

1.1.5 การรักษาด้วย snoezelen room เป็นการรักษาที่ใช้หลักการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสหลายๆ มิติพร้อมๆ กัน (multi-sensory stimulation) เช่น การใช้แสงสว่าง พื้นผิวสัมผัสที่แตกต่างกัน การใช้เสียง ดนตรี สุนทรียบำบัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นตัวช่วยในการกระตุ้นการมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน และการรับกลิ่นในผู้ป่วยสมองเสื่อมไปพร้อมๆ กัน หรือ อาจจัดในรูปแบบของการใช้พืชสวนบำบัดท่ามกลางแสงแดด (sensory garden and horticultural activities)⁵³ ซึ่งใช้หลักการเดียวกันการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.1.6 การรักษาด้วยสัตว์เลี้ยง (animal assisted therapy) การนำสัตว์เลี้ยงมาเป็นเพื่อนเล่นให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการทบทวนการศึกษาพบว่า ช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการ หงุดหงิดวุ่นวาย เพิ่มจำนวนและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม⁵³ แต่ทั้งนี้การศึกษายังมีจำนวนน้อย ประกอบกับมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่เหมาะสม ความถี่ของกิจกรรมในการเล่นของสัตว์เลี้ยง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่นำเข้ามาศึกษาด้วยเช่นกัน

1.2. การให้การรักษาที่เน้นการสื่อสารด้วยวจนภาษา (verbal intervention) เช่น

1.2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลมีความเข้าใจ รวมถึงทราบวิธีการดูแลและการตอบสนองต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม เช่น ควรใช้คำพูดที่สั้น กระชับ ไม่ซับซ้อน พูดช้าๆ ชัดๆ โทนเสียงไม่สูงหรือต่ำเกินไป น้ำเสียงไม่ดุ กระแทก ประชดประชัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

1.2.2 การฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคลให้ถูกต้องตามความเป็นจริง (reality orientation) วัตถุประสงค์ของเทคนิคนี้คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริง ช่วยกระตุ้นเตือนความจำให้ผู้ป่วยและลดความวิตกกังวล แต่ต้องระมัดระวังการย้ำถึงจุดอ่อนว่าหลงลืมจนเกินไป เพราะอาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการหงุดหงิด อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว วุ่นวายได้

1.2.3 การจัดกิจกรรมที่ระลึกถึงความทรงจำดีๆ ในอดีต (reminiscence therapy) เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เรื่องราวที่ผ่านมาของผู้ป่วยสมองเสื่อม ช่วงเวลาวัยเด็ก วัยทำงาน หรือ ช่วงชีวิตที่ผู้ป่วยมีความสุข โดยอาจใช้อุปกรณ์ช่วยดำเนินการสนทนา เช่น รูปถ่าย หนังสือ ข้าวของเครื่องใช้สิ่งของที่คุ้นเคย เป็นต้น กิจกรรมนี้นอกจากจะช่วยเรื่องความตระหนักในอัตลักษณ์และคุณค่าของตนเองแล้วยังช่วยเรื่องการกระตุ้นความจำได้เช่นกัน ลดพฤติกรรมอารมณ์ หงุดหงิดวุ่นวาย ลดภาวะซึมเศร้า ช่วยเรื่องการสื่อสาร ปรับอารมณ์ผู้ป่วย⁵³ ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันอาจยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความแตกต่างของวิธีการศึกษาทดลอง ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการนำไปใช้อาจต้องพิจารณาเป็นรายไป นอกจากนี้การจัดกิจกรรมระลึกเหตุการณ์ในอดีตควรเป็นเรื่องราวความทรงจำที่ดี ประทับใจ หลีกเลียงเรื่องราวที่สะเทือนใจ กระตุ้นความรู้สึกในทางลบ เพราะอาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้เช่นกัน

1.2.4 การหาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา (validation therapy) พัฒนาโดย Naomi Feil ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา การรักษานี้เชื่อว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมีความหมายแอบแฝงอยู่ในทุกๆ พฤติกรรมและมีความขัดแย้งในอดีตที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ (unfinished conflicts) ถ้าหากเข้าใจความหมายที่แอบแฝงนั้นได้และมีการสะท้อนอารมณ์ตอบสนองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยให้การสื่อสารกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งยังช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ วิธีการใช้เทคนิคนี้จะใช้ในกลุ่มบำบัด นั่งพูดคุยกันซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เป็นครั้งๆ ต่อเนื่องหลายสัปดาห์ ลักษณะการพูดคุยเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดที่ชัดเจน แสดงออกถึงความเข้าใจเหมือนกระจกสะท้อนให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมแสดงออก โดยไม่มีการตำหนิ หรือ คุกคามผู้ป่วย⁵³

1.2.5 กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy) และ กิจกรรมการกระตุ้นในหลายมิติ (multicomponent intervention)⁵³ เป็นการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นการรู้คิด

ของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้หลักการเลือกกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขความพึงพอใจ (pleasurable activities) ร่วมไปกับการเรียนรู้ การฝึกระบบประสาทสัมผัสต่างๆ จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยๆ และให้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น เล่นเกม ทำอาหาร ปลูกต้นไม้ เป็นต้น โดยระหว่างทำกิจกรรมมีการนำเทคนิคต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาใช้ เช่น สุนัขบำบัด ดนตรีบำบัด การออกกำลังกาย การระลึกความทรงจำในอดีต การหาความหมายของพฤติกรรม การรับรู้วันเวลาในปัจจุบัน เป็นต้น

1.3. การดูแลรักษาเฉพาะตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น^{2, 52, 54}

1.3.1 อารมณ์ซึมเศร้า (depress affect) เกิดจากความรู้สึกว่าต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง (lack of control) หดหวัง (hopelessness) ขาดแรงจูงใจที่ดี (insufficient reinforcing activities) และต้องอยู่อย่างเดียวดายโดยลำพัง (loneliness) ตัวอย่างคำแนะนำในการดูแล เช่น

- 1) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สร้างความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังสามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้พอสมควร เช่น ให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะใส่เสื้อผ้าชุดไหน ชอบสีอะไร เป็นต้น
- 2) ยอมรับอาการหลังล้มของผู้ป่วย หาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่ามีสาเหตุ หรือมีสิ่งกระตุ้นใดๆ (validation therapy)
- 3) ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สถานที่และสิ่งแวดล้อมรอบตัว หรือ อาจส่งเสริมให้เลี้ยงสัตว์ เพื่อความเพลิดเพลิน หรืออาจใช้สิ่งของสื่อความหมายทดแทน เช่น ตุ๊กตา หุ่นยนต์ เป็นต้น
- 4) จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่างๆ แบบรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (daytime activities) กิจกรรมฝึกสมองและความคิด (cognitive training) กิจกรรมงานบ้าน งานสวน งานเย็บปักถักร้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เป็นต้น

1.3.2 อาการเฉยเมย ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (apathy) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ขาดแรงบันดาลใจในการมีกิจกรรม เข้าสังคม ลักษณะอารมณ์ดูเหมือนไร้ความรู้สึก ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ตัวอย่างคำแนะนำในการดูแล เช่น

- 1) อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการนี้เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมและเกิดขึ้นจริง ผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ
- 2) กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การใช้สุนัขบำบัด ดนตรีบำบัด หรือการรักษาด้วย snoezelen
- 3) การจัดกิจกรรมระลึกความทรงจำดีๆ ในอดีต (reminiscence therapy)
- 4) ฝึกกระตุ้นสมาธิในระยะเวลาสั้นๆ (time and attention control condition)

1.3.3 อาการทางจิต (psychotic symptoms) พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้ เช่น มีปัญหาเรื่องสายตาและการได้ยิน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการหวาดระแวง หลงผิด ได้ยินเสียงหรือเห็นภาพหลอน เพื่อ สับสน อาละวาด เป็นต้น ตัวอย่างคำแนะนำในการดูแล เช่น

1) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหากการมองเห็น/การได้ยิน ให้รักษาที่ต้นเหตุของการมองเห็น การได้ยิน เช่น จัดหาแว่นสายตาให้ จัดหาเครื่องช่วยฟังให้

2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และผู้ดูแล เปิดโอกาสให้มีการพบปะสังสรรค์กันในหมู่เครือญาติ หรือ เข้าสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยจดจำและคุ้นเคย จะช่วยลดความหวาดระแวง ไม่คุ้นเคย หลงผิด และกลัวบุคคลรอบข้าง

3) เมื่อผู้ป่วยมีการแปลภาพหรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นผิด (misinterpretation of stimuli) เช่น เมื่อเห็นภาพตนเองในกระจกคิดว่าเป็นคนร้าย หรือ ได้ยินเสียงพัดลมเป็นเสียงคนพูด รู้สึกหวาดกลัว หรือ เห็นม่านหน้าต่างไหว คิดว่าเป็นคนแอบมอง ควรกำจัดสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้นดังกล่าวนั้นออกไปเพื่อลดความรู้สึกหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอนของผู้ป่วย

4) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด คิดว่ามีขโมยในบ้าน ของหาย ซ่อนของ หาของไม่เจอ ให้เก็บของของผู้ป่วยให้เป็นที่เป็นที่เดิมๆ มีป้าย – สัญลักษณ์แสดงให้เห็นเด่นชัด เข้าใจง่าย หรืออาจให้เขียนชื่อของผู้ป่วยเองลงบนสิ่งของที่ผู้ป่วยหวังและหาไม่เจอบ่อยๆ

1.3.4 ปัญหาเกี่ยวกับการนอน (sleep disturbance) พบได้บ่อยขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยที่ผู้ป่วยอาจหลับยากขึ้น หรือ หลับไม่สนิท หรือ มีจำนวนชั่วโมงในการนอนลดลง หรือมีปัญหาการนอนมากเกินไป นอนกลางวัน ไม่นอนกลางคืน หรือนอนทั้งวันทั้งคืน ตัวอย่างคำแนะนำในการดูแล เช่น

1) สร้างสุขนิสัยที่ดีในการนอนให้ผู้ป่วย (sleep hygiene) ลดสิ่งรบกวนเวลานอน สร้างบรรยากาศในการนอน เช่น ใช้กลิ่นหอมโรมา หรือ กลิ่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบพิเศษ หรือเปิดเพลงเบาๆ ที่ผู้ป่วยชอบ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องสังเกตและประเมินว่าสิ่งใดผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบเสมอ

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในตอนกลางวันมากขึ้น เช่น เดินออกกำลังกายรอบๆ บ้าน ทำความสะอาดบ้านง่ายๆ ดูแลต้นไม้ในบ้าน เป็นต้น

3) ให้ความรู้กับญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยทีละน้อยๆ ย้ำถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้พลังงานระหว่างที่มีกิจกรรมมากกว่าผลสำเร็จของงานหรือกิจกรรมนั้นๆ เช่น หลีกเลี้ยงการพับเสื้อผ้าจริงๆ หากพบว่า ไม่เรียบร้อย หรือไม่เสร็จ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ดูแล โดยเตรียมผ้าชนิดอื่นๆ ได้แก่ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าขนหนูผืนเล็กๆ ที่ซื้อมาเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งพับไปเรื่อยๆ ได้ทั้งวัน หรือ ให้ผู้ป่วยจัดเรียงแบ่งแยกประเภทหนังสือ เก็บหนังสือใส่กล่อง เป็นต้น

1.3.5 ปัญหาด้านพฤติกรรม (behavior problems) เช่น เดินไปเดินมา วุ่นวาย พุดซ้ำๆ ตลอดเวลา รื้อค้นสิ่งของ แสดงพฤติกรรมซ้ำๆ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น ตัวอย่างคำแนะนำในการดูแล เช่น

1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (providing social support and contact) เช่น ให้ครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท ผู้ดูแล จิตอาสา พุดคุยกับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (one-on-one interaction) พุดในสิ่งที่ผู้ป่วยชื่นชอบ สนใจ จัดให้มีการบันทึกเสียงสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยฟัง ฟังโต้ตอบ หรืออาจใช้สัตว์เลี้ยง ของเล่นเข้ามามีบทบาทในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยให้สังเกตอาการและการตอบสนองตามความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นต้น

2) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ (provide engaging activities) เช่น การใช้เสียงเพลง เป็นสื่อ ร้องรำ ออกกำลังกาย กิจกรรมเข้าจังหวะ การใช้สุคนธบำบัด การสัมผัส snoezelen การทัศนศึกษา เล่นเกม ทายปัญหา อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้กิจกรรมควรต้องคำนึงถึงความชอบของผู้ป่วย รวมถึงความสามารถในการรับรู้ทางกายภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส รับสัมผัส ด้วยเช่นกัน ซึ่งการจัดกิจกรรมนี้อาจให้เป็นกิจกรรมแบบกลุ่ม หรือ รายบุคคลก็ได้ แล้วแต่สถานการณ์และความพร้อมทั้งผู้ป่วย ผู้ทำกิจกรรม เป็นสำคัญ

3) การดูแลความสุขสบายทางกายและทางใจของผู้ป่วย ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติ หรือไม่สุขสบายทั้งทางกายทางใจหรือไม่อย่างไร หากพบให้รีบแก้ไข และจัดการกับปัญหาดังกล่าว เพราะปัญหาเหล่านั้นอาจเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาวินัยพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

โดยสรุปแล้วการรักษาปัญหาวินัยพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยหลักการไม่ใช้ยานั้น มีใจความสำคัญอยู่ที่ การเข้าใจผู้ป่วย ยอมรับว่าผู้ป่วยมีปัญหามองเสื่อมทำให้แสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา ผู้ดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมโดยมีการประเมินความสามารถความพร้อมทางกายภาพและอารมณ์ความรู้สึกชื่นชอบของผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ดูแลมีความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ และหากพบว่าไม่สามารถจัดการกับปัญหาวินัยพฤติกรรมและอารมณ์นั้นได้ โดยลำพัง จะต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดเพื่อให้การรักษาอาการเจ็บป่วยที่สามารถแก้ไขได้ รวมถึงให้การรักษาด้วยวิธีการใช้ยาต่อไป

2. การรักษาด้วยยา (pharmacological management)

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล การรักษาด้วยหลักการไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอ ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ขึ้นต่อไปแพทย์จึงจำเป็นต้องทำการรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management) เข้ามารักษาควบคู่กัน ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ผลิตขึ้นมาเพื่อรักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในภาพรวมทุกอาการโดยเฉพาะ ดังนั้นการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่ในปัจจุบันจะรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งยาเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่จะช่วยบรรเทาอาการหรือควบคุมอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้เท่านั้น ซึ่งยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการรักษาอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่การใช้ยาต้องใช้อย่างระมัดระวัง และมีการเฝ้าติดตามอย่างสม่ำเสมอ^{2, 25, 55, 56}

ปัจจุบันได้มีการนำยากลุ่มต่างๆ มาใช้เพื่อรักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่

2.1. กลุ่มยารักษาอาการโรคจิต (antipsychotic drugs) เป็นยาที่นำมาใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1960 และที่มีการศึกษารองรับว่าสามารถใช้รักษาอาการทางจิตได้ (psychotic symptoms) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ โดยการเริ่มให้ยาจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาและประเมินความจำเป็นของการให้ยาล้างการรักษ หยุดยาเมื่อหมดข้อบ่งชี้ ประเมินผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 6 เดือน โดยกลุ่มยารักษาอาการโรคจิต (antipsychotic drugs) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และ กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบใหม่ (atypical antipsychotic drugs)

2.1.1 กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) ได้แก่ Haloperidol Fluphenazine และ Perphenazine ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ใช้เพื่อควบคุมและรักษาอาการทางจิตโดยเฉพาะ เช่น อาการโมโหร้ายอาละวาด (aggressive) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) ซึ่งการให้ยาในกลุ่มนี้ต้องระวังเพราะมีผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ ผลข้างเคียงด้านง่วงซึม (sedation) ผลข้างเคียงด้าน anticholinergic effects เช่น มีอาการสับสน (confusion) และมีความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ภาวะโพรแลคตินในเลือดสูง (hyperprolactinemia), กลุ่มอาการระยะคิวทียาว (prolonged QT), เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction) เป็นต้น⁵⁷ และยังมีผลข้างเคียง Extrapyrimal Side Effect (EPS) ต้องระวังในผู้สูงอายุและในผู้ป่วยพาร์กินสัน (parkinsonism) ซึ่งจากรายงานของ FDA warning⁵⁸ การให้ยากลุ่มนี้จะเพิ่มอัตรา

การตายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นการใช้ต้องระมัดระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและพิจารณาลดขนาดยาหรือหยุดยาหากอาการทางจิตดีขึ้น

2.1.2 กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ได้แก่ Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole และ Ziprasidone ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่พัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อลดผลข้างเคียงของยาในกลุ่มเก่า เพิ่มความปลอดภัยในการใช้มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างมากกว่ากลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และผลการศึกษาวิจัย พบว่า Risperidone, Olanzapine จะช่วยลดอาการ aggression และ psychosis ได้ดีกว่ายาในกลุ่มเดียวกันชนิดอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม ยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงต่อการเกิด ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular events) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี ปัญหาหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular adverse effect) และผู้ป่วยกลุ่ม metabolic syndrome เนื่องจากยามีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักตัวด้วย

2.2. กลุ่มยา cholinesterase inhibitors (AChEIs) ได้แก่ Donepezil, Rivastigmine และ Galantamine ซึ่งมีการวิจัยพบว่า การให้ยากกลุ่มนี้จะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า และอารมณ์ไร้ความสุขต่างๆ (dysphoria) เช่น ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) เฉยเมย ไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) เป็นต้น แต่อาจไม่ได้ผลดีนักถ้านำไปใช้เพื่อรักษาปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ด้านอื่นๆ เช่น หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โมโหร้ายอาละวาด (aggression) เป็นต้น

2.3. กลุ่มยาด้านเศร้า (antidepressants) ได้แก่ Sertraline, Citalopram, Escitalopram, Trazodone, Moclobemide เป็นต้น สามารถนำมาใช้รักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย สมองเสื่อมระยะกลางถึงระยะท้าย (moderate to severe) โดยมีรายงานการศึกษาพบว่าสามารถ นำไปใช้ได้ดีกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ เช่น หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โมโหร้าย อาละวาด (aggression) ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น แต่การศึกษายังเป็น การศึกษาเล็กๆ ที่ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

2.4. กลุ่มยากันชัก (anticonvulsants) เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น มีฤทธิ์ mood stabilizer จึงสามารถนำมารักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในบางอาการได้ เช่น หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โมโหร้ายอาละวาด (aggression) เป็นต้น แต่ยังมีศึกษาน้อยและ ผลการศึกษายังค่อนข้างแตกต่างยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.5. ยากลุ่มอื่นๆ

2.5.1 กลุ่มยา Benzodiazepines สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอาละวาดอย่าง เฉียบพลัน (acute agitation) แต่มีข้อจำกัดหลายอย่างในการให้ยากกลุ่มนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น ผลข้างเคียงทางด้านรบกวนการเดินทรงตัว (gait) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการพลัดตกหกล้ม (falling) ได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ และผลข้างเคียงจากยาอาจทำให้มีอาการจากฤทธิ์

paradoxical agitation การติดยา หรือ อาการจากการขาดยา (drug withdrawal) จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มนี้

2.5.2 กลุ่มยา N-methyl-D-aspartate receptor antagonists ได้แก่ memantine ในทางคลินิกพบว่ายากกลุ่มนี้จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate) บางพฤติกรรมได้ดี เช่น อาการหงุดหงิด (irritability) อารมณ์ไม่คงที่ (lability) อาละวาด (agitation) โมโหร้าย (aggression) และอาการทางจิต (psychosis) เป็นต้น แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบันยังไม่เห็นชัดเจนในทางสถิติ

ตารางที่ 6. สรุปตัวอย่างการรักษาด้วยยา (Pharmacological management) ในกลุ่มอาการต่างๆ และฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ

ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Corbett และคณะ⁵⁹ Preuss และคณะ⁵⁸ และการศึกษาของ Tible และคณะ⁶⁰

ชื่อยา	ตัวอย่างยา	ใช้ได้ผลดีกับ กลุ่มอาการ	ฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ
typical antipsychotic drugs	haloperidol	aggressive agitation psychosis wandering	- extrapyramidal side effect (EPS) ได้แก่ parkinsonism, dystonia, dyskinesia - anticholinergic effect, delirium, hyperprolactinemia, postural hypotension, prolong QT, sexual dysfunction, sedation
atypical antipsychotic drugs	risperidone quetiapine olanzapine	aggressive agitation psychosis	- cerebrovascular adverse effect, weight gain, diabetes, metabolic syndrome, cognitive worsening - seizure and delirium (clozapine) - somnolence (clozapine, olanzapine, quetiapine) - extrapyramidal side effect (risperidone) - abnormal gait (risperidone, olanzapine)
cholinesterase inhibitors (AChEIs)	donepezil galantamine	dysphoria depression anxiety apathy	nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, fatigue, insomnia, dizziness, syncope, aggression, muscle cramps, urinary incontinent, seizure gastrointestinal adverse events, parkinsonism, tremor

ตารางที่ 6. (ต่อ) สรุปตัวอย่างการรักษาด้วยยา (Pharmacological management) ในกลุ่มอาการต่างๆ และฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ

ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Corbett และคณะ⁵⁹ Preuss และคณะ⁵⁸ และการศึกษาของ Tible และคณะ⁶⁰

ชื่อยา	ตัวอย่างยา	ใช้ได้ผลดีกับ กลุ่มอาการ	ฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ
antidepressants	sertraline citalopram trazodone	agitation aggression depression anxiety psychosis	- nausea, vomiting, headache, sleep change, diarrhea, tremor, sexual dysfunction, hyponatremia, gastrointestinal bleeding, - worsening of cognition, prolong QT, torsade de pointes (citalopram)
anticonvulsants	carbamazepine valproate	aggressive agitation	- sedation, gastrointestinal disturbance, urinary infection, diarrhea - hematologic toxicity (carbamazepine) - aplastic anemia, anorexia, lymphnode enlargement, visual disturbance, cholesteric jaundice
benzodiazepines	diazepam	aggressive agitation acute crisis	sedation, dizziness, gait disturbance, paradoxical agitation, drug withdrawal, respiratory depression, worsening cognition
memantine	memantine	irritability lability agitation aggression psychosis	dizziness, headache, drowsiness, dyspnea, confusion, constipation, hypertension, thrombosis

บทที่ 4

หลักการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มักจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในด้านของตัวผู้ป่วยเอง และกับครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลลดลง เนื่องจากเกิดความเครียด ความกดดันและความรู้สึกเป็นภาวะเพิ่มมากขึ้น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องนำหลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment:CGA) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้วยเช่นกัน โดยหลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment:CGA)⁶¹ คือการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม (holistic approach) ได้แก่

1. การประเมินทางกาย (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว เกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน โรคประจำตัว การรักษาที่กำลังได้รับอยู่ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิมที่เจ็บป่วยอยู่ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)
2. การประเมินทางสมองและจิตใจ (psychological and mental assessment) ได้แก่ การประเมินด้านอารมณ์ จิตประสาท กระบวนการคิด ได้แก่ การประเมินการรู้คิด สถิติปัญญา ภาวะซึมเศร้า
3. การประเมินทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environment asesessment) ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย ความเสี่ยง การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ ครอบครัวผู้ดูแล สัมพันธภาพ ฐานะการเงิน สิทธิการรักษา
4. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (functional assessment) ได้แก่ การประเมินความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวันในระดับพื้นฐาน (basic activity of daiyly living) ขั้นสูง (instrumental activity of daily lving) ได้

การประเมินเหล่านี้ เพื่อรวบรวมข้อมูล สรุปปัญหาในผู้ป่วยทุกราย และนำมาวางแผนการพยาบาล รวมถึงการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

ในบทนี้จะกล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และการพยาบาลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

1. การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

- 1.1 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม
- 1.2 เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายผู้อื่น
- 1.3 สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ /ไม่มีประสิทธิภาพ
- 1.4 เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย
- 1.5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility)
- 1.6 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมาะสม
- 1.7 เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร
- 1.8 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
- 1.9 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย
- 1.10 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ และได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. การพยาบาลครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

- 2.1 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
- 2.2 เสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกดตันเป็นภาระ

การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- มีการทำงานของระบบประสาทเปลี่ยนแปลงไป/ถดถอย/ไม่คงที่ ประเมินได้จากผลการคัดกรองด้วยแบบสอบถามการรู้คิด จากการซักประวัติได้มาจากผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว
- มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติไป
- กล้ามเนื้อแขนขาทำงานไม่ประสานกัน
- การทรงตัวผิดปกติ
- การเดินผิดปกติ
- มีประวัติการพลัดตกหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง / 1 ปีที่ผ่านมา⁶²

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับการซักประวัติข้อมูลจากผู้ดูแล ผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ Comprehensive Geriatric Assessment: CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อสรุปปัญหา และนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ให้ความรู้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณีที่ประเมินจากข้อ 1 และพบว่าผู้ป่วยยังสามารถคิดตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองได้ในบางจุด รวมถึงให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
3. ในผู้ป่วยที่สมองเสื่อมระยะต้น และระยะกลางที่ยังพอสื่อสาร พอเข้าใจได้ แนะนำให้สอนสาธิตการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อช่วยในการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย (resistance exercise) เมื่อผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น จะช่วยให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ลดโอกาสบาดเจ็บและอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มต่างๆ ได้ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ ไม่สามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง อาจพิจารณาช่วยออกกำลังกายให้ (passive exercise) โดยพิจารณาการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยตามอาการ ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
4. แนะนำให้ครอบครัวจัด ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละราย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น ให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ มีราวจับที่

บันได หรือ ในห้องน้ำ เป็นต้น ในปัจจุบันมีการจัดทำคู่มือที่เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถนำไปปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสม ทั้งในบ้าน ในชุมชน และที่สาธารณะ สามารถดาวโหลดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น จากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม⁶³ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

5. ในกรณีที่ต้องพาผู้ป่วยออกนอกสถานที่ ให้ประเมินความสามารถในการเดินของผู้ป่วยว่า จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walking aids, gait aids) หรือไม่ เช่น ไม้เท้า 1 ขา (standard cane) ไม้เท้า 3 ขา (tripod cane) ไม้เท้า 4 ขา (quad cane) หรือเครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรศึกษาข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าวก่อนนำมาใช้จริงกับผู้ป่วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถจำขั้นตอนในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าวได้ ได้ให้ผู้ดูแลย้ำเตือนวิธีการใช้ที่ถูกต้องบ่อยๆ ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างระมัดระวัง ติดตามประคองเป็นระยะ เมื่อต้องเคลื่อนที่ระยะไกล กรณีที่ใช้รถเข็น (wheel chair) ต้องระมัดระวังการเลื่อนตัว ไถลตัวตกรถเข็น ควรมีผ้าหรือเข็มขัดช่วยรัดประคองด้วย
6. หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน สามารถให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนได้ แต่ไม่ควรทำให้ทั้งหมด ต้องให้เวลาให้กับผู้ป่วย และเน้นย้ำให้พยายามช่วยเหลือตนเอง ออกกำลังกายด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยายามให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ให้พลังทางบวกส่งเสริมการออกกำลังกายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้อย่างปลอดภัย
7. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน อนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น ในการช่วยเหลือติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้าย หรือทำร้ายผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- มีพฤติกรรมรุนแรง อาละวาด โมโห ทำร้ายร่างกายตนเอง/ผู้อื่น
- ขาดความยับยั้งชั่งใจ
- มีการทำงานของระบบประสาทเปลี่ยนแปลงไป/ถดถอย/ไม่คงที่
- มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติไป

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง / ไม่ถูกทำร้าย / ไม่ทำร้ายผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง / ไม่ถูกทำร้าย / ไม่ทำร้ายผู้อื่น
- ไม่มีรอยฟกช้ำหรือบาดแผลจากการทารุณกรรม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินสาเหตุที่เป็นตัวกระตุ้น/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทั้ง 3 ปัจจัย⁶⁴ ได้แก่
 - 2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว การเจ็บป่วย เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในปอด ขาดสารน้ำสารอาหาร เคลื่อนไหวในร่างกายไม่สมดุลย์ หรือ อาการไม่สุขสบายทางกาย ที่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ เช่น คับ ปวด กลัว นอนไม่หลับ เป็นต้น
 - 2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง สมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เทคนิคการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ บุคคล สภาพอากาศ สภาพแวดล้อม รอบๆ ตัวที่ส่งผลต่อระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วย เช่น เสียงดังเกินไป ร้อนหรือหนาวเกินไป ไม่ปลอดภัย มีความสับสน วุ่นวาย ไม่เป็นระบบ ไม่มีระเบียบ เป็นต้น
3. ให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับสมองเสื่อมและปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และหลักการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management for BPSD) เช่น การสื่อสารหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง เบี่ยงเบนความสนใจ สอบถามความต้องการของผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร ต้องการอะไร อยากทำอะไร และถึงแม้คำตอบที่ได้อาจไม่ใช่สิ่งที่ทำได้จริง แต่เป็นเบี่ยงเบนความสนใจจากเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดังกล่าว และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหยุดคิด กระตุ้นการทำงานของสมองด้วย จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีสิ่งเร้า ไม่มีอุปกรณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายแสงสว่างเพียงพอ อธิบายเน้นย้ำ ให้ผู้ดูแลช่วยกันดูแลสอดส่องพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากเป็นไปได้ผู้ดูแลควรเป็นบุคคลเดิม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคย ไม่กลัว เป็นต้น

4. จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยชอบ เคยสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี มีพฤติกรรมรุนแรงลดลง รวมถึงควรจัดให้มีกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง (cognitive stimulation) กิจกรรมฝึกสมอง (cognitive training) กิจกรรมสร้างสรรค์ (recreational therapy) กิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น music therapy, art therapy, reminesense therapy เป็นต้น

3. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืม พูดซ้ำ ถามซ้ำ ลืมสิ่งของบ่อยๆ เป็น
- มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูกหรือ

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากคนรอบข้างได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการได้
- ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำวันได้

เกณฑ์การประเมินผล

- ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินปัญหาการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อที่จะจัดระดับปัญหาและหาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ควรให้ผู้ป่วยใส่แว่นตาและเครื่องช่วยฟังให้เรียบร้อยก่อนเริ่มการสนทนา
4. เทคนิคการสื่อสารที่ดี ได้แก่
 - พูดกับผู้ป่วยหันหน้าตรง สบตาขณะสื่อสารกับผู้ป่วย
 - โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พูดซ้ำๆ สั้นๆ อย่าพูดหลายขั้นตอนพร้อมๆ กัน
 - มีการใช้น้ำเสียง อ่อนโยน แสดงถึงความเคารพ แสดงออกทางสีหน้าอย่างเหมาะสม
 - ให้ความสนใจในการสนทนา ไม่เร่งรีบ ไม่เร่งรัดกับผู้ป่วย
 - ปล่อยให้ผู้ป่วยนึกคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ
 - หากต้องการให้ผู้ป่วยทำสิ่งใด พยายามไม่ใช่ประโยคคำสั่ง ใช้ประโยคเชิญชวนแทน

4. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ ได้รับมากเกินไปความต้องการ หรือ ได้รับน้อยกว่าความต้องการ
- มีอาการหลงลืม มีพฤติกรรมทำอะไรซ้ำๆ เช่น กินซ้ำๆ อาหารชนิดเดิมๆ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้ว
- มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร
- ความสามารถในการเคี้ยวกลืนและการย่อยอาหารลดลง สูญเสียการรับรส น้ำลายในปากน้อย
- ครอบครัว/ผู้ดูแล ขาดความรู้ในการจัดรายการอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขาดเทคนิคในการแก้ไขปัญหา ขาดผู้ดูแล
- ปัญหาทางเศรษฐกิจในการซื้อ หรือ จัดหา อาหารที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหาร ที่เหมาะสมกับ ความต้องการของร่างกายของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

- BMI อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม (18.5 – 22.9)
- สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น/ได้ตามปกติ
- ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจในหลักการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- เมื่อต้องการความช่วยเหลือมีแหล่งสนับสนุนในการร่วมดูแล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยประเมินจาก Mini Nutritional Assessment (MNA) : ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่สามารถดาวโหลดนำมาใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทางปฏิบัติ
3. แนะนำอาหารที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ได้แก่
 - 3.1 ผู้ป่วยมีปัญหาได้รับสารอาหารเกินเนื่องจากรับประทานบ่อย ไม่เป็นเวลา สลิวรับประทานไปแล้ว มีความอยากอาหารผิดปกติ อาจต้องจำกัดปริมาณอาหารที่ได้ในแต่ละวัน โดยแนะนำเป็นอาหารปริมาณน้อยๆ แคลอรีต่ำๆ เพื่อให้สามารถรับประทานได้บ่อยๆ หลากๆ มี รสชาติ หลากๆ รอบ หลีกเลี่ยงการวางอาหารให้เห็นได้ง่ายเพราะจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมไปหยิบรับประทาน เก็บอาหารให้มิดชิด มีที่ปิดเปิด พรางตา หยิบยากขึ้น หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หรือ

การสื่อสารที่อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนว่าไม่ได้รับประทาน เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอารมณ์เสีย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากขึ้น เช่น อาละวาด รื้อค้น พุดจาหยาบคาย เป็นต้น

3.2 หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วย สมองเสื่อม ให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน โดยเน้นอาหารที่ให้พลังงานสูง และสูตรอาหารครบถ้วน มีโปรตีน แร่ธาตุ และวิตามินเพียงพอในแต่ละวัน เน้นผักผลไม้ และควรเพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ หรือ ให้ทุกครั้ง เมื่อสังเกตพบว่า ผู้ป่วยสนใจอยากรับประทาน หรือดูมีความกระตือรือร้นในการรับประทานอาหารมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา และหลีกเลี่ยงการบังคับ ชู เช้นให้รับประทาน เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หรือ อาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ ตามมาได้ ให้ใช้เทคนิคการดึงความสนใจในเมนูอาหาร การทำอาหาร เพิ่มสีสันอาหารสดใส่มารับประทาน จัดให้รับประทานร่วมกับครอบครัว บุคคลที่คุ้นเคย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองให้มากที่สุดและหากผู้ป่วยยังสามารถประกอบอาหารเองได้บางส่วนแนะนำให้ผู้ป่วยทำเองในส่วนที่ทำได้ เพื่อคงความสามารถเดิมของผู้ป่วย แต่หากพบว่ามีความบกพร่องในบางส่วน ให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือในส่วนที่บกพร่อง ส่วนที่ยังสามารถปฏิบัติได้ ยังคงให้ปฏิบัติเองให้นานที่สุด
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกเมนูอาหารที่ชอบ และถ้าเป็นไปได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการทำอาหาร เช่น ไปเลือกซื้ออาหาร ปรุงอาหาร จัดเตรียมโต๊ะอาหารด้วยกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการมีกิจวัตรประจำวัน และยังเป็นส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองด้วย
6. ติดตาม BMI เป็นระยะๆ และส่งปรึกษานักโภชนาบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยละเอียด

5. มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เช่น การเดิน ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (gait aid) หรือเดินด้วยตนเองไม่ได้ เป็นต้น
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยนอนติดเตียง
- มีประวัติหกล้มบ่อยๆ กลัวการเดิน/การหกล้ม
- มีกำลังกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างลดลง ขาอ่อนแรง
- ขาดแรงจูงใจในการเดิน มีภาวะซึมเศร้า อยู่เฉยๆ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ
- นอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานๆ

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง (immobilization syndrom) เช่น แผลกดทับ (pressure injury) ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion: ROM)
- ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
- ผู้ป่วยไม่มีข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. อธิบายเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. กรณีที่มีกำลังกล้ามเนื้อลดลง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเริ่มจากการขยับข้อลงน้ำหนักที่ตำแหน่งกระดูกต่างๆ กระตุ้นให้มีการใช้กล้ามเนื้อแขนและขา เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ให้มีการกระตุ้นการออกกำลังกายด้วยการเดิน การยืดเหยียด และการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
4. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว เป็นต้น อาหารวิตามิน D สูง เช่น ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ไข่แดง เห็ด นมถั่วเหลือง เนย ชีส โยเกิร์ต เป็นต้น เพื่อจะช่วยให้เสริมสร้างให้กล้ามเนื้อ กระดูกและฟันแข็งแรง
5. แนะนำการหาอุปกรณ์เสริม ช่วยในการเคลื่อนที่ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า หนึ่งขา สองขา สามขา สี่ขา หรือ รถเข็น เป็นต้น

6. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมาะสม เนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่นอนเลยทั้งวันทั้งคืน
- นอนกลางวันไม่นอนตอนกลางคืน
- นอนทั้งวันทั้งคืน
- สับสนวันเวลา

เป้าหมาย

ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเหมาะสม / นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอ เหมาะสม อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย โดยการซักถามเวลาช่วงเวลาการนอนของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำหรือสื่อสารได้ถูกต้องให้สอบถามจากครอบครัวและผู้ดูแล
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมส่งเสริมการหลับนอน จัดสีห้องนอนให้อยู่ในโทนสีเหลือง สีส้ม อากาศถ่ายเท ไฟในห้องนอนไม่สว่างเกิน อุณหภูมิห้อง อบอุ่นไม่เย็นหรือร้อนเกินไป
4. จัดกิจกรรมในตอนกลางวันให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้มีการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย กระตุ้นการทำงานของสมอง และกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ สันทนาการ กิจกรรมสังคมและการสื่อสาร โดยจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วยในช่วงระหว่างวัน เพื่อส่งเสริมการหลับนอนตอนกลางคืน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่นอนทั้งวันทั้งคืน ต้องเพิ่มกิจกรรมในตอนกลางวันให้มากขึ้น โน้มน้าวให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมให้มากที่สุด หากผู้ป่วยต้องการจะนอนและแสดงพฤติกรรมต่อต้านและมีอารมณ์ฉุนเฉียวไม่พอใจ สามารถให้นอนได้ต่อเนื่องไม่เกิน 30 นาที ในช่วงสายหรือบ่าย
5. ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการนอนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยช่วงเวลานอน แต่หากว่าผู้ป่วยไม่ยอมนอนให้พาออกจากห้องนอน ไปอยู่ห้องอื่นและหากิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ เช่น อ่านหนังสือบันเทิงใจ สวดมนตร์ ฟังเพลงเบาๆ เป็นต้น เมื่อรู้สึกผ่อนคลายให้พากลับเข้าห้องนอน
6. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้ตื่นเต้นก่อนเวลาเข้านอน เช่น หนังผี เพลงเร้าใจ เป็นต้น เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สงบ หลับยาก ตื่นกลัว
7. หลีกเลี่ยงการชู้บชู้บให้นอน เพราะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้นได้อีก
8. ในช่วงบ่ายหรือช่วงเวลาก่อนนอนหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ แอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นต้น
9. หลีกเลี่ยงการให้อาหารหรือเครื่องดื่มในปริมาณมากก่อนนอน หรือให้ก่อนนอนอย่างน้อย 1 -2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันความไม่สุขสบายจากการแน่นท้อง หรือ การขับถ่ายเวลากลางคืน
10. หากพบว่าผู้ป่วยนอนทั้งวันทั้งคืน แนะนำให้เพิ่มกิจกรรมในตอนกลางวันให้มากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานที่สะสมให้มากที่สุด ร่างกายมีการเผาผลาญมากขึ้น จากนั้นผู้ป่วยจะสามารถพักผ่อนและอยากนอนมากขึ้นในตอนกลางคืน

7. เสี่ยงต่อการสำลัก

ข้อมูลสนับสนุน

- รับประทานอาหารคำใหญ่
- ไม่เคี้ยวอาหารก่อนกลืน
- ขณะเคี้ยวอาหาร หรือกลืนมีอาการไอ/ขย้อน
- นอนรับประทานอาหาร

เป้าหมาย

ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ไม่มีการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่สำลักอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. ผู้ดูแลไม่ควรเข้มงวดมารยาทในการรับประทานอาหารบนโต๊ะมากนัก เพราะบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายจะรีบรับประทานอาหารจนเกินไป คำใหญ่ไป ทำให้หกละเอะได้
3. แนะนำขั้นตอนในการรับประทานอาหารในแต่ละขั้นตอนให้แก่ผู้ป่วยในกรณีเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมยังพอสื่อสารเข้าใจได้ ให้สาธิตการตักอาหารและการเคี้ยวให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนการรับประทานอาหาร แต่หากไม่สามารถสื่อสารได้เลยให้ครอบครัวและผู้ดูแลค่อยๆ ป้อนอย่างพอเหมาะไม่เร่งรีบ เพราะบางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเคี้ยวไม่ทันหากเร็วเกินไป หรือ บางรายอาจหงุดหงิดไม่พอใจหากป้อนช้าเกินไปได้
4. อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่แข็งที่อาจทำให้กลืนลำบาก หากเป็นเนื้อสัตว์ให้ตัดแบ่งเป็นคำๆ
5. เลือกลักษณะเนื้ออาหาร (texture) ให้เหมาะสม ประเมินจากความสามารถในการกลืน ลักษณะเนื้ออาหารที่เหมาะสม เช่น หากความสามารถในการกลืนยังไม่มีดี ควรให้รับประทานอาหารที่มีลักษณะเนื้ออาหารกึ่งเหลวกึ่งแข็ง มีความหนืดหยุ่นพอสมควร เช่น เจลลี่ โจ๊กปั่น เป็นต้น
6. หากประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน มีโอกาสเกิดสำลักอาหารซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อในปอด (aspirated pneumonia) ให้ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใส่สายสวนอาหาร (NG tube) ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฝึกและกระตุ้นการกลืน ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
7. หากประเมินพบว่า ผู้ป่วยรับประทานหรือรับประทานมากผิดปกติ จนอาจเป็นสาเหตุให้สำลักอาหารได้ แนะนำให้เสริฟอาหารแต่ละครั้งปริมาณน้อยๆ แต่ให้บ่อยๆ ได้ ให้ที่ตักอาหาร

ข้อค้นเล็กน้อย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการล้มอาหารได้ และควรให้ผู้ดูแลร่วมรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยมักจะหลงลืมว่าตัวเองได้รับประทานอาหารไปแล้ว

8. กรณีที่ผู้ป่วยต้องการรับประทานอาหารเพิ่ม หรือบอกว่าตัวเองยังไม่ได้รับประทานอาหาร ให้เก็บจานที่รับประทานอาหารหมดแล้วไว้ให้ดูหรือตักอาหารเพิ่มเพียงเล็กน้อย

8. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

- เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าเป็นอะไร
- ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเอง
- ไม่ยอมเดิน / จำไม่ได้ว่าต้องเดินอย่างไร
- ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ที่ใช้เป็นประจำไม่ได้
- ไม่สามารถเดินไปจ่ายตลาด / ไม่สามารถทำอาหารได้

เป้าหมาย

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานอาหารที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้, ไม่หลงทาง เป็นต้น
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่เกิดความบกพร่อง และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. สอนหลักการสำคัญ คือ กิจกรรมใดผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน ผู้ดูแลต้องทำให้ทั้งหมด และอะไรเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ เองได้ และผลที่เกิดขึ้นจากการให้ผู้ป่วยทำโดยลำพัง เช่น กินยาผิด อาบน้ำไม่สะอาด ไม่แปรงฟัน เป็นต้น
3. ให้คำแนะนำ และสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

4. ช่วยอธิบายอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมถึงบริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยที่ละเอียด อย่างเป็นขั้นตอน อธิบายขั้นตอนกิจกรรมนั้นๆ ร่วมกับการสาธิตให้ผู้ป่วยทำตามทีละขั้นตอน อย่างช้า และอาจต้องพูดซ้ำๆ บ่อยๆ เพราะผู้ป่วยบางรายจะลืมทันทีแม้ว่าเพิ่งพูดไปไม่กี่วินาทีก็ตาม
5. จัดตารางเวลากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเป็นแบบแผน ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ มีกำหนดเวลาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวกไม่สลับซับซ้อน
6. ส่งเสริมการดูแลโดยกระตุ้นความสามารถของผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ประกอบกิจวัตรประจำวัน คงสมรรถนะ และความสามารถที่มีอยู่ ประคับประคองให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ยังทำได้ให้ได้มากที่สุด และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การเดิน การเคลื่อนไหว ตลอดจนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
7. ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากกิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังทำได้ ให้กระตุ้นให้ทำต่อไปโดยไม่ห้าม แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยทำได้ไม่สมบูรณ์ให้เข้าไปช่วยเหลือบางส่วน โดยไม่ทำให้ทั้งหมด เพื่อให้คงความสามารถและกระตุ้นความสามารถไปพร้อมกัน แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เลยหรือทำแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น จัดยาและรับประทานยาผิด เป็นต้น ให้ผู้ดูแลเข้ามาทำให้แทนได้
8. ให้ความรู้ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่เร่งรัด หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้องรีบทำ แต่หากผู้ป่วยรีบทำก็พยายามพูดให้ช้าลง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หกล้ม สำลักอาหาร เป็นต้น
9. จัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย และทำให้เป็นตารางเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน เพื่อลดความสับสน และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและจำได้
10. นำญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกายในส่วนของการยืดขยายกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การยืดเหยียด แขนขา การเดิน เป็นต้น หรือ ให้ญาติช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยบนเตียงนอน โดยเน้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเอง เพราะการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย มีผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น
11. ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดทำกิจกรรมบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู
12. แนะนำให้ผู้ดูแลติดต่อกับญาติคนอื่นๆ เพื่อร่วมด้วยช่วยกันดูแล และหากมีข้อสงสัยสามารถ โทรปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ให้การรักษาได้เช่นกัน
13. ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังอำนาจทางบวกให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย กัดดันทางจิตใจ
14. ติดตามประเมินการให้สอนโดยโทรสอบถามอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วย

9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- สุขอนามัยบกพร่อง
- มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหาร เป็นต้น
- ครอบครัวและผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

เป้าหมาย

ไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกายหรืออวัยวะใดๆ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพ อย่างถูกสุขอนามัย เช่น ได้รับการดูแลแผลกดทับหรือแผลต่างๆ อย่างเหมาะสม และรับการทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่ายทุกครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล
2. สอนผู้ดูแล เกี่ยวกับ หลักการ ขั้นตอนการดูแล และการจัดการแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น
 - 4.1 การจัดทำผู้ป่วยขณะให้อาหารกรณีผู้ป่วย ใส่ NG tube feeding จัดท่าศีรษะสูง และหยุด feed อาหารเมื่อผู้ป่วยไอ จาม เพื่อไม่ให้เกิดการสำลัก
 - 4.2 การดูแลป้องกันการเกิดแผล เช่น พลิกตะแคงตัว หรือ การดูแลทำแผลกดทับทุกวันและเมื่อแผลมีสารคัดหลั่งมาก เป็นต้น
 - 4.3 ความถี่ของการทำความสะอาดหลังขับถ่าย ขั้นตอนการทำความสะอาดหลังขับถ่าย และการเปลี่ยนผ้าอ้อม
3. เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย แนะนำให้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่เคยตรวจรักษาเพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้ตรวจรักษาตามความเหมาะสมของโรคและอาการที่ผู้ป่วยเป็น หากไม่สะดวกไปพบแพทย์เจ้าของไข้ ให้แจ้งกับแพทย์ที่ตรวจรักษาว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม และนำยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไปให้แพทย์พิจารณาด้วย (review medication) ให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่ซื้อยาจากร้านขายยาเอง หรือนำยาของผู้ป่วยอื่นๆ มารับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยาที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น
4. ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาร่วมกัน ในแนวทางเดียวกัน

10. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ และได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการ EPS (extra pyramidal side effect) จากกลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) เช่น Haloperidol, Fluphenazine, Perphenazine เป็นต้น
- มีระดับน้ำตาล ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ น้ำลายมากขึ้น วิงเวียนศีรษะ ระบบขับถ่ายผิดปกติ จากกลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบใหม่ (atypical antipsychotic drug) เช่น Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole, Ziprasidone เป็นต้น
- เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง ง่วง ซึมและมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง จากการได้รับยากลุ่มยากันชัก (anticonvulsants) เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น
- อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น Tramadol, Chlorpheniramine, Hydroxyzine เป็นต้น

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาดังกล่าวข้างต้น
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ไม่สมควรได้รับในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์เริ่มยาในระยะแรกๆ แพทย์อาจนัดตรวจติดตามอาการในช่วงแรกที่เริ่มยาชนิดใหม่ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และระหว่างได้รับการรักษาด้วยยา ทุก 1-3 เดือน ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยมาให้ตรงตามนัดหมาย
2. แนะนำผู้ดูแลให้สังเกต เฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้น ตัวอย่างอาการข้างเคียงที่พบได้ในตารางที่ 6 (หน้า 41-42) หากพบว่าผู้ป่วยซึมลง หดหู่ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือคนรอบข้างให้หยุดยาและรีบพามาโรงพยาบาล
3. หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา เช่น เป็นหวัด ท้องเสีย เหนื่อย สับสน ซึม เป็นต้น แนะนำให้พาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่เคยตรวจรักษา และเป็นไปได้ให้รักษากับแพทย์เจ้าของไข้ที่เคยตรวจรักษา เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ในกรณีที่ไม่มีสะดวกไปพบแพทย์เจ้าของไข้ที่เคยตรวจรักษาอยู่เดิม ให้แจ้งกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทุกครั้งว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วยยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ ผลข้างเคียงจากยา หรือ การทำปฏิกิริยาต่อกันของยา ส่งผลให้การออกฤทธิ์ของ

ยาเปลี่ยนแปลงไปไม่ตรงตามแผนการรักษาได้ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการ ผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้นได้เช่นกัน

4. ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ต้องนำยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไปให้แพทย์พิจารณาด้วย (review medication) เพื่อตรวจสอบยาที่ได้รับว่าตรงตามแผนการรักษา ยาที่ได้รับเดิมไม่มีการทำ ปฏิกริยาต่อกันของยา หรือ ผลข้างเคียงของยาบางชนิดอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์รุนแรงมากขึ้นได้
5. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่ซื้อยาจากร้านขายยาเอง หรือ นำยาของผู้ป่วย อื่นๆมารับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยาที่ อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น
6. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน หรือได้รับผลข้างจากการใช้ยา ในกลุ่มต่างๆ ได้แก่
 - 8.1 กลุ่มยา atypical antipsychotic เช่น Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในหลอดเลือด WBC ต่ำ น้ำลายมากขึ้น วิงเวียน ศรีษะ ระบบขับถ่ายผิดปกติมีอาการท้องผูกได้ หากได้ยาในกลุ่มนี้ ให้คำแนะนำ ต่อไปนี้
 - 1) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ถ้ามี อาการมากขึ้นรายงานให้แพทย์ทราบ แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ จากท่านอน เป็นท่านั่ง ยืน ถ้ามีอาการวิงเวียนศีรษะ ควรนั่งพักให้หาย เพราะอาจล้มเกิดอุบัติเหตุได้
 - 2) ติดตามผลการตรวจ WBC และรายงานแพทย์ให้ทราบถ้ามีอาการผิดปกติ
 - 8.2 กลุ่มยา Antidepressants เช่น Sertraline, Citalopram เป็นต้น อาจมีอาการหงุดหงิด โมโห ร้าย ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วงแรก โดยเฉพาะหลังเริ่มยาไปแล้ว 3-6 สัปดาห์ เนื่องจากยา มีการออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว ควรเฝ้าระวังอาการซึมเศร้า โดยมีการสังเกตพฤติกรรม คำพูดที่สั่งลา ประเมินความคิดเกี่ยวกับการมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
 - 8.3 กลุ่มยา Anticonvulsants เช่น Carbazepine, Valpoate อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมี เหงื่ออกวาม คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง ง่วง ซึมและมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แนะนำในเรื่องของการรับประทานยา หลังอาหาร ควบคู่กับการดื่มน้ำในปริมาณมากๆ เพื่อลดการรบกวนกระเพาะอาหาร ดูแลความ สะอาดช่องปาก ความสะอาดผิวหนัง ติดตามระวังอุบัติเหตุจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาการง่วงซึม
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมยังสามารถสื่อสารเข้าใจได้ แนะนำผู้ดูแลให้พูดให้กำลังใจผู้ป่วยในการ รักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดความสบายใจ ลดความวิตกกังวล เห็นความสำคัญของการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

การพยาบาลครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

1. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่เข้าใจความหมายของพฤติกรรม อารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา
- ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เป้าหมาย

- ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
- ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พูดคุย ในด้านต่างๆ ได้แก่
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่มีในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายด้าน ครอบครัวของผู้ดูแล เป็นต้น
 - 1.2 ข้อมูลทางด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น
 - 1.3 ข้อมูลทางด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ เป็นต้น
 - 1.4 ข้อมูลทางด้านสังคม เช่น ภาระ ความรับผิดชอบที่ต้องดูแลทุกด้าน ความรู้ ทักษะในการดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นต้น
2. การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนการฝึกฝนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
3. แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง
4. ติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครจากศูนย์อนามัย เป็นต้น
5. ประเมินความรู้ย้อนกลับ หลังได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มรายละเอียดการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลยังบกพร่อง

2. ครอบครัว/ผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ

ข้อมูลสนับสนุน

- ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกวิธีและไม่เหมาะสม
- ใช้วาจาที่รุนแรง/ ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย
- ทอดทิ้งผู้ป่วย
- เปลี่ยนผู้ดูแลหลายคนในระยะเวลานั้นๆ
- ไม่สามารถจัดการกับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระของตนเองได้

เป้าหมาย

- ไม่เกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ
- มีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

- มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย
- ความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ ที่วัดด้วยแบบประเมิน Zarit Caregiver Burden ลดลงมากกว่า 1 คะแนน (ภาคผนวก)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกกดดันเป็นภาระของครอบครัว/ผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Screening Short Form (รายละเอียดในภาคผนวก)
2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก เพื่อประเมินปัญหาและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม
3. ให้ความรู้กับผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค พยากรณ์โรค แนวทางในการดูแลรักษา การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งที่รักษาด้วยยา และการดูแลแบบไม่ใช้ยา
4. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวางแผนจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งกายและใจ เพื่อไปดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ
5. แนะนำให้เข้ากลุ่มบำบัดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่คลินิกสูงอายุจัดขึ้นทุกปี และเข้าร่วมชมรมหรือ กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนญาติ (caregiver support group) ในสถานที่ต่างๆ ให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ เมื่อเกิดปัญหา และไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม
6. แนะนำช่องทางการค้นหาข้อมูล ความรู้ การสัมมนา การอบรม การฝึกปฏิบัติการดูแล การสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น line ให้คำปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช หรือ website ต่างๆ เช่น <http://www.azthai.org/> เป็นต้น

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อผู้ดูแล เนื่องจากลักษณะอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนค่อนข้างมีความแตกต่าง เช่น ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เพียง 1 อาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีหลายปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ หรือผู้ป่วยบางรายมีเพียง 1 ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ แต่เป็นปัญหาที่ทำให้ครอบครัวญาติผู้ดูแลมีความลำบากในการดูแล ทำให้มีความกดดันที่แตกต่างกัน ในแต่ละราย เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจในหลักการพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้เขียนจึงขอยกตัวอย่าง กรณีศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบได้บ่อยในทางปฏิบัติที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย โดยติดตามดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ ในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในอีก 1 เดือนต่อมาหลังได้รับการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1

ชายไทยสูงอายุ 89 ปี การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมมีอาชีพทำนา มีโรคประจำตัวเป็น History of Old CVA with right side weakness ปัจจุบันอาการอ่อนแรงดีขึ้นแล้ว Type 2 DM, severe osteoporosis, right femoral fracture ได้รับการผ่าตัด bipolar hemiarthroplasty แล้ว ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา และช่วงวันหยุดจะมีบุตรมาช่วยบ้างเป็นบางครั้ง มาโรงพยาบาลด้วยอาการถามซ้ำๆ ในเรื่องเดิม พอถามบ่อยๆ ภรรยาผู้ป่วยก็เริ่มอารมณ์ไม่ดี ตำหนิว่าผู้ป่วยทำไมต้องถามซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยอาละวาดมากขึ้น เกิดการทะเลาะกันบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจะกินอาหารคำโตๆ รับประทานอาหารมากจนล้นปากเกือบทุกครั้ง หลงลืมว่าตัวเองกินข้าวไปแล้วหรือยังไม่ได้กิน เมื่อมีคนอื่นถามว่ากินข้าวรึยัง ผู้ป่วยจะตอบว่ายังไม่ได้กินข้าว บางคืนตื่นขึ้นกลางดึกมาเปิดไฟว่ามีใครอยู่ไหม มีใครเข้ามาที่บ้านไหม ไขกุญแจแล้วหรือยัง เป็นแบบนี้ซ้ำๆ พอภรรยาต่อว่าไป ผู้ป่วยก็จะโกรธอาละวาด ทะเลาะกัน และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดแบบไม่สมเหตุสมผล อาบน้ำเองไม่สะอาด ต้องมีคนอาบให้ ต่อมาผู้ป่วยเป็นมากขึ้นไม่ยอมพูดสนทนากับคนรอบข้าง ส่วนใหญ่จะนอนหลับทั้งวันทั้งคืน นอนอยู่แต่บนเตียงตลอดเวลา ไม่ยอมลุกเดิน ไม่ค่อยอยากไปทำอะไร ภรรยาต้องปลุกเรียกหลายหน การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป จากที่เคยทำกิจกรรมเองได้ก็ทำไม่ได้ เดินได้น้อยลง ต้องกระตุ้นให้เดิน โดยใช้ walker และหกล้มบ่อยๆ เนื่องจากไม่ยอมใช้ walker กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ก่อนที่จะถึงห้องน้ำ จึงต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป (diaper) ตลอดเวลา มี early incontinence associated dermatitis (IAD) บริเวณรอบๆ แก้มก้น และรอบๆ ทวารหนัก บ่อยครั้งที่ภรรยาบอกจะไม่ทนที่ผู้ป่วยคือ ร้องไห้กับบุตร บุตรรู้สึกเครียดและกดดันมาก จึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค Alzheimer ร่วมกับ vascular dementia และจากการวินิจฉัยด้วยวิธีการใช้คำถาม ชักประวัติ ปัญหา BPSD ที่พบได้แก่ หงุดหงิด ฉุนเฉียว หวาดระแวง หลงลืม พฤติกรรมเดิมๆ ซ้ำๆ แพทย์ให้การรักษาด้วย memantine 10 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

quetiapine 25 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอนและเพิ่มได้ ครั้งเม็ด หากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด อาละวาดไม่นอน และนัดมาตรวจครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. สำลักอาหาร
2. มีภาวะ Incontinence Associated Dermatitis (IAD)
3. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มซ้ำ
5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
6. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น
7. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน/ผลข้างเคียงจากยา
8. ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระ

1. สำลักอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

- กินอาหารคำโตๆ รับประทานมาก และมีสำลักอาหารบ่อย

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่สำลักอาหาร และญาติเข้าใจวิธีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่สำลักอาหาร

การพยาบาล

- 1) ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยการสอบถามอาการ สำลัก การกลืน
- 2) ช่วยแพทย์ทดสอบการกลืน (swallowing test) วัดระดับออกซิเจนในเลือดขณะที่ผู้ป่วยทำการทดสอบการกลืนที่คลินิกผู้สูงอายุ
- 3) แนะนำญาติผู้ดูแลให้เตรียมอาหารอ่อน ย่อยง่าย ให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้จัดใส่ภาชนะ ปริมาณครึ่งหนึ่งของปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยค่อยๆ ตักรับประทาน รวมถึงแนะนำการใช้ช้อนเล็กๆ แทนช้อนใหญ่ เพื่อลดปริมาณอาหารในแต่ละคำ
- 4) แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกตผู้ป่วยใกล้ชิดขณะให้รับประทาน หากพบว่า เริ่มรับประทานเร็วผิดปกติ ให้พูดด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนแต่ชัดเจน เหมือนการกระตุ้นเตือนว่าต้องดื่มน้ำคำเล็กๆ แล้ว เคี้ยวก่อน กลืน เพื่อกอຍຍ้าเตือนผู้ป่วย

- 5) ให้คำแนะนำกับครอบครัวเกี่ยวกับเทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยเวลารับประทานอาหารที่สำคัญ คือ การหลีกเลี่ยงการตำหนิ ว่ากล่าว หรือใช้คำพูดเพื่อกดดันผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน อาจเป็นผลให้สำลักอาหารเพราะรับประทานอาหารเร็วเกินไป หรือไม่รับประทานอาหารเลยเพราะกลัวการสำลัก
- 6) สอนญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดทำที่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร โดยการจัดให้ผู้ปวยนั่งรับประทานอาหารในท่าศีรษะสูง หรือกระตุ้นนั่งบนโต๊ะอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว
- 7) ให้ญาติคอยสังเกตไม่ให้ผู้ปวยดื่มน้ำระหว่างรับประทานอาหาร และจัดเตรียมแก้วน้ำที่ไม่ใหญ่เกินไป เตรียมปริมาณน้ำในแก้วไม่ต้องเยอะ และแนะนำให้ใช้หลอดดูดแทนการยกดื่มทั้งแก้ว
- 8) หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ ไม่ควรนอนพักทันที ควรนั่งให้อาหารย่อยก่อน อย่างน้อย 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
- 9) สอนญาติและผู้ปวยในการออกกำลังกายในช่องปาก และกลัมนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ไม่มีสำลักอาหาร

2. มีภาวะ Incontinence Associated Dermatitis (IAD)

ข้อมูลสนับสนุน

- มี Incontinence Associated Dermatitis (IAD)
- ไม่สามารถกลืนอุจจาระปัสสาวะได้ จึงต้องใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา
- อาบน้ำเองไม่สะอาด

เป้าหมาย

- แผลสมานและหาย

เกณฑ์การประเมิน

- แผลเดิมดีขึ้น และไม่มีผิวหนังที่ลอก แดง ที่บริเวณรอบขาหนีบ แก้มก้น ทวารหนัก

การพยาบาล

- 1) ให้คำแนะนำ และสอนครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและแผลผิวหนังอักเสบที่เกิดจากภาวะกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) ได้แก่
 - ประเมินผิวหนังผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทุกครั้งหลังอาบน้ำเช็ดตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม พลิกตะแคงตัว เพราะเนื่องจากผิวหนังผู้สูงอายุมีความเปราะบางมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ
 - แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพผิวให้มีความชุ่มชื้นอย่างเหมาะสมไม่เปียกแฉะหรือไม่แห้งแตก เพราะจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลได้ง่าย หากพบว่าผิวหนังเปื่อยขึ้นมากเกินไป ให้เปิด

ระบายอากาศผิวหนังบริเวณดังกล่าวโดยใช้พัดลมเป่า หรือจัดทำให้ผึ่งกันเพื่อเพิ่มการระบายอากาศในช่วงเวลากลางคืน

- ดูแลภาวะโภชนาการให้เหมาะสมโดยเฉพาะโปรตีนต้องได้รับอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพราะหากเกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้นจะยิ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้ผิวหนังเปราะบางง่ายต่อการเกิดแผลเช่นกัน
 - ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อยและ/หรือร่วมกับมีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ/ปัสสาวะจำเป็นต้องใส่แผ่นรองขับ (pad)/ ผ้าอ้อมอนามัย (diaper) การเลือกชนิด ควรเลือกความสามารถในการซึมซับให้เหมาะสมกับปริมาณอุจจาระ/ปัสสาวะ เช่น ถ้ามีมาก ควรเลือกใช้ผ้าอ้อมอนามัยมากกว่าแผ่นรองขับ แต่ถ้ามีปริมาณเล็กน้อยและนานๆ ครั้งควรเลือกแผ่นรองขับมากกว่าผ้าอ้อมอนามัย
 - การเลือกวัสดุที่นอนที่ช่วยส่งเสริมการระบายอากาศ และลดการเสียดสีและแรงกดทับ เช่น ที่นอนลม (Alpha Bed/ Alfa Bed/ Air Mattress) โดยวัสดุที่ทำมีหลากหลายให้เลือกใช้ เช่น Gel, Vinyl, Plastic, Nylon เป็นต้น ข้อแนะนำคือควรเลือกที่มีการกระจายแรงลม ที่เหมาะสมเพื่อลดแรงกดทับ ทนทาน อายุการใช้งานที่ยาวนาน การบำรุงรักษาง่าย และ สะดวก คำนึงถึง คุ้มราคา ระวังการเสียดสีที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพื้นผิวสัมผัสของที่นอนกับ ผิวผู้สูงอายุ ควรมีผ้าปูรองนอนทุกครั้ง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
 - เลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการป้องกันโดยเลือกที่มีคุณสมบัติอ่อนโยนต่อผิวหนัง ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองในผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ทั่วไปหรือ สบู่สมุนไพรซึ่งอาจจะเป็นเหตุ กระตุ้นการระคายเคืองของผิวหนังที่มีความเปราะบางอยู่แล้ว โดยให้ใช้น้ำสะอาดธรรมดาในการ ล้างทำความสะอาด คราบอุจจาระปัสสาวะ หรืออาจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เป็น ทางเลือกเสริมในการนำมาทำความสะอาดผิวสำหรับผู้ป่วยผิวถลอก เปราะบาง แผลง่าย ซึ่งใน ปัจจุบันมีมากมายทั้งที่มีขายตามร้านสะดวกซื้อทั่วไป ร้านขายยาและในโรงพยาบาล จาก ประสบการณ์ทำงานในที่นี้จะขอยกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่มีการนำมาใช้เพื่อป้องกัน ภาวะผิวหนัง อักเสบจากภาวะกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ เช่น Alcare Remois Cleanse หรือ 3M Cavilon Cleanser เช็ดทำความสะอาด แทนการใช้สบู่ทั่วไป เพื่อปรับสภาพผิวให้เหมาะสม และยังคงควบคุมความชื้นให้เหมาะสม ทาครีม Cavilon cream เพื่อปกป้องผิวจากการเสียดสี ความชื้น เป็นต้น
- 2) สอนวิธีการทำแผลผิวหนังอักเสบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) โดยให้ทำตามขั้นตอนข้อที่ 1) และให้สังเกตระดับความ รุนแรงของผิวหนังที่อักเสบ หากพบว่าผิวหนังถลอกและลุกลามเห็นบริเวณที่กว้างสีแดงเข้ม ขึ้น ให้เปลี่ยนจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นรูปครีมปกป้อง เช่น cream เป็นต้น เป็นผลิตภัณฑ์

ดูแลรักษาที่เป็นสเปรย์น้ำเคลือบปกป้องผิว เช่น cavilon spray, alcare remois coat haddy เป็นต้น แทน เพราะจะช่วยปกป้องผิวได้เต็มประสิทธิภาพมากกว่า แต่หากไม่สะดวกในการซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว สามารถใช้ Zinc paste ผสมวาสลีน อัตราส่วน 1:1 หรือ 1:1.5 ตามระดับความรุนแรงของการอักเสบของผิวหนัง และถ้าผู้ป่วยมีอาการแสบ เจ็บปวด หรือแผลดูลูกกลมร่วมด้วย แนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อพิจารณาแนวทางการดูแลชนิดอื่นๆ แทน ทั้งนี้ญาติสามารถปรึกษาเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ที่ให้ไว้ และถ่ายรูปแผลเพื่อประกอบการพิจารณาหาแนวทางการดูแลต่อไป

3) ประสานงานกับทีมพยาบาลต่อเนื่องให้คอยติดตามการทำแผลของผู้ดูแลเป็นระยะๆ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- แผลเดิมดีขึ้นแต่ยังคงมี early IAD อยู่ แต่ไม่ขยายวงกว้าง ไม่แสบ ไม่ปวด
- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการทำแผลผิวหนังอักเสบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ (IAD) และการป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่

3. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยไม่นอนตอนกลางคืน เพราะ หวาดระแวงกลัวจะมีคนมาทำร้าย หลงผิดคิดว่ามีคนแอบเข้าบ้าน ทำให้ไม่ยอมนอน หลับเป็นระยะเวลาสั้นๆ แล้วก็ตื่นกลางดึก ตื่นมาเปิดไฟว่ามีใครอยู่ไหม มีใครเข้ามาที่บ้านไหม ไขกุญแจแล้วหรือยัง มีพฤติกรรมแบบนี้ซ้ำๆ พอกรรยาต่อว่าไป ผู้ป่วยก็จะโกรธ อาละวาด ทะเลาะกัน จนกรรยาบ่นไม่ยากนอนด้วยแล้ว

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน
- หากผู้ป่วยตื่นกลางดึกสามารถนอนหลับพักผ่อนต่อได้ โดยไม่มีอะอะโวยวาย

การพยาบาล

- 1) ประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย โดยซักถามช่วงเวลา que ผู้ป่วยนอนหลับเป็นประจำ ทำตารางการนอน การตื่น หากพบว่า ผู้ป่วยนอนตอนกลางวันมากกว่ากลางคืน ให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการนอนหลับ คือ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมในตอนกลางวันมากขึ้น ลดเวลานอนกลางวัน หลีกเลี่ยงการนอนช่วงบ่ายใกล้ค่ำ เพราะจะทำให้กลางคืนนอนไม่หลับ
- 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมส่งเสริมการหลับนอน เช่น จัดสีห้องนอนให้อยู่ในโทนสีฟ้าหรือเขียวอากาศถ่ายเท ไฟในห้องนอนไม่ควรสว่างไปถ้าผู้ป่วยชอบนอนมืด ควรปิดให้ แต่ถ้าผู้ป่วย

กลัวความมืด กลัวการอยู่คนเดียวให้เปิดแสงไฟโทนสีเหลืองอ่อน ไม่จำจนเกินไป และให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

- 3) ปรับเวลานอนให้สม่ำเสมอใกล้เคียงกันทุกคืน เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยการช่วงเวลาในการเข้านอน
- 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในช่วงกลางวัน เพื่อส่งเสริมการใช้พลังงานในช่วงกลางวันและให้พักผ่อนหลับนอนในช่วงกลางคืน โดยกิจกรรมให้จัดขึ้นตาม ความสามารถ สมรรถนะ ความสนใจ ความชอบ ความสะดวกของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เช่น เลี้ยงปลา ทำขนม ดูโทรทัศน์ ออกกำลังกาย เป็นต้น
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ตามแผนการรักษา quetiapine 25 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน และรับประทานได้เพิ่มครึ่งเม็ด เวลามีอาการสับสน เอะอะโวยวาย
- 6) หากอาการรุนแรงมากขึ้น ไม่หลับนอน และทำให้ผู้ดูแลไม่ได้พักผ่อนจนอ่อนล้าแนะนำให้มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาต่อไป

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ไม่มีอาละวาดช่วงกลางวัน แต่ผู้ป่วยยังคงตื่นกลางดึก ลูกมานั่ง และชวนผู้ดูแลคุยว่าก็โง่ง และเมื่อผู้ดูแลให้นอนต่อ สามารถหลับต่อได้โดยไม่มีเอะโวยวาย

4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- มีประวัติหกล้มบ่อยๆ
- ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ให้ทดสอบด้วยการประเมิน Time Up and Go Test ผลการทดสอบได้ 30 วินาที
- เวลาเดินไม่ยอมใช้ walker

เป้าหมาย

- ไม่มีพลัดตกหกล้ม
- ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ Walker ทุกครั้ง

เกณฑ์การประเมิน

- ในช่วง 1 เดือนก่อนวันนัดไม่มีพลัดตกหกล้ม
- สามารถเดินโดยใช้ Walker ทุกครั้ง
- Time Up and Go Test <10 วินาที

การพยาบาล

- 1) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้ป่วย โดยใช้ Time UP and Go Test ซึ่งวิธีการทำได้โดยให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้มีพนักพิง จากนั้นให้ผู้ปวยลุกเดินเป็นทางตรง ระยะทาง 3 เมตร จากนั้นเดินกลับมานั่งที่เก้าอี้ตัวเดิม โดยจับเวลานับตั้งแต่ผู้ปวยเริ่มลุกเดินจนกลับมานั่งเรียบร้อย ซึ่งค่าปกติในผู้สูงอายุทั่วไป ใช้เวลาทั้งหมดไม่เกินกว่า 10 วินาที แต่หากมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวจะใช้เวลานานกว่านั้นอาจถึง 2 นาที ซึ่งช่วงค่าปกติหากพิจารณาตามอายุสามารถแบ่งได้⁶⁵ ดังนี้

อายุ (ปี)	เวลา (วินาที)	
60 – 69	8.1	(7.1 - 9.0)
70 – 79	9.2	(8.2 - 10.2)
89 – 99	11.3	(10.0 - 12.7)

- 2) ประเมินหาสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช่ walker
- 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย (active exercise) ด้วยท่าบริหารง่ายๆ ที่ผู้ป่วยสามารถจดจำได้
- 4) สอนผู้ดูแลให้กระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายเอง (active exercise) และช่วยทำให้ผู้ป่วย (passive exercise) อธิบายให้เห็นความสำคัญของการบริหารร่างกายเพื่อรักษาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ โดยการยืดกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ให้เต็มช่วงการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอบริหารแขนขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายทุกวัน บ่อยเท่าที่เป็นได้ หรืออย่างน้อยเช้า-เย็น ได้แก่
 - นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง และมีที่พักแขน 2 ข้าง ยกขาขึ้นทีละข้าง กระดกข้อเท้าขึ้นเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 ค่อย ๆ วางเท้าลงกับพื้น จากนั้นยกขาข้างเดิมขึ้นกระดกปลายเท้าลงเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางเท้าลงกับพื้น ทำสลับกัน 2 ข้าง (กรณีที่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยให้ช่วยจับขา ยกขึ้น และช่วยเอวาลงหากผู้ป่วยล้มขั้นตอนการออกกำลังกาย)
 - นั่งบนพื้น กางขาให้กว้างเท่าที่ทำได้ และเหยียดให้เข่าตึงสุด กระดกข้อเท้าขึ้นลง นับค้างไว้ 1-10 ทำสลับกัน 2 ข้าง
 - นอนเหยียดขา กระดกข้อเท้าขึ้น พร้อมกดเข่าลงติดเตียง เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อย
 - นอนชันเข่าข้างหนึ่ง อีกข้างยกขาขึ้น เหยียดขาตรง กระดกข้อเท้าขึ้นนับค้างไว้ 1-10 จากนั้นงอปลายเท้าลง นับค้าง 1-10 (สลับกัน 2 ข้าง)
- 5) สอนการใช้ walker อย่างถูกวิธี ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้ป่วยไม่สามารถจำขั้นตอนได้ให้ผู้ดูแลย้ำเตือนบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ปวยเดิน ทำกิจกรรมที่ต้องใช้การเดินด้วย walker ทุกครั้ง
- 6) ติดตามประคอง ระวังอุบัติเหตุเป็นระยะ เมื่อต้องเคลื่อนที่ระยะไกล เกินความสามารถ

- 7) ให้คำแนะนำในเรื่องการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ให้มีราวจับตามระเบียบทางเดิน จัดของให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ พื้นไม่เปียกชื้น ไฟสว่างเห็นทุกมุม เป็นต้น

5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะก่อนที่จะถึงห้องน้ำ
- อาบน้ำเองไม่สะอาด ต้องมีคนอาบให้
- เดินเองไม่ไหวต้องใช้ walker แต่ไม่ใช้ ทำให้ล้มบ่อยครั้ง
- สำลัอาหารบ่อยๆ เพราะรับประทานอาหารทุกครั้ง รับประทานอาหารคำใหญ่เกินไป

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ในช่วงระหว่าง 1 เดือน ก่อนมาพบแพทย์ในนัดครั้งต่อไป

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่หกล้ม
- ผู้ป่วยไม่สำลัอาหาร
- ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี

การพยาบาล

- 1) ให้คำแนะนำ และสอนครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ได้แก่
 - วิธีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อน โดยให้ประเมินว่ากิจกรรมใดผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน หรือผู้ดูแลต้องทำให้ทั้งหมด และอะไรเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆเองได้ และผลที่เกิดขึ้นจากการให้ผู้ป่วยทำโดยลำพัง เช่น กินยาผิด อาบน้ำไม่สะอาด ไม่แปรงฟัน เป็นต้น
 - ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากกิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังทำได้ ให้กระตุ้นให้ทำต่อไปโดยไม่ห้าม แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยทำได้ไม่สมบูรณ์ให้เข้าไปช่วยเหลือบางส่วน โดยไม่ทำให้ทั้งหมด เพื่อให้คงความสามารถและกระตุ้นความสามารถไปพร้อมกัน แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เลยหรือทำแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น จัดยาและรับประทานยาผิด เป็นต้น ให้ครอบครัวเข้ามาทำให้แทนได้
 - หลีกเลี่ยงและลดการใส่ผ้าอ้อมโดยไม่จำเป็น ด้วยการสอบถามการปวดปัสสาวะกับผู้ป่วยบ่อยๆ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเดินไปเข้าห้องน้ำ โดยใช้ walker และมีผู้ดูแลไปด้วยทุกครั้ง

หากผู้ป่วยไม่สามารถจดจำการใช้ walker ได้ ให้ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนย้ำบ่อยๆ ถึงวิธีการใช้ walker

- ใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่เร่งรัด หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้องรีบทำ แต่หากผู้ป่วยรีบทำก็พยายามพูดให้ช้าลง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หกล้ม สำลัอาหาร เป็นต้น
- จัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย และทำให้เป็นตารางเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน เพื่อลดความสับสน และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและจำได้
- สอนญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกายในส่วนของการยืดขยายกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การยืดเหยียดแขนขา การเดิน เป็นต้น หรือ ให้ญาติช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยบนเตียงนอน โดยเน้นกล้ามเนื้อใหญ่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเอง เพราะการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย มีผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพิ่มมากขึ้น
- 2) ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดทำกิจกรรมบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 3) แจ้งครอบครัวให้ติดต่อกับญาติคนอื่นๆ เพื่อร่วมด้วยช่วยกันดูแล และหากมีข้อสงสัยสามารถโทรปรึกษาพยาบาลตามเบอร์โทรที่แจ้งไว้ หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ให้การรักษาได้เช่นกัน
- 4) ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังในทางบวกให้กับบุตรคนโตในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย กัดดันทางจิตใจ
- 5) แนะนำการใช้เทคนิคการดูแลแบบไม่ใช้ยา ที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น เช่น การใช้ validation therapy, reality orientation, aromatherapy เป็นต้น เพื่อลดอาการดังกล่าว รวมถึงผู้ดูแลได้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น
- 6) ติดตามประเมินการสอนโดยโทรสอบถามผู้ดูแลถึงอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วย ภายหลังการสอน 1 สัปดาห์

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ไม่มีพลัดตกหกล้ม
- สามารถเดินโดยใช้ Walker ได้บ้างแต่ส่วนใหญ่ญาติจะต้องพูดซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ walker ซึ่งสังเกตว่า ผู้ป่วยมักบ่นว่ารำคาญ เกะกะไม่ถนัด ทำให้ไม่ค่อยยอมเดิน ญาติดูแลใกล้ชิดภายในบริเวณบ้าน ส่วนไปข้างนอกจะใช้รถเข็น ไม่ค่อยได้ให้ผู้ป่วยเดิน
- Time Up and Go Test 15 วินาที

6. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- มีพฤติกรรมก้าวร้าวกับคนในครอบครัวมากขึ้น หงุดหงิดไม่เป็นเหตุเป็นผล โหมโห่ร้าย
- มีพฤติกรรมหวาดระแวง หลงผิด คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย เข้าบ้าน ขโมยของ

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ได้รับอันตราย
- คนในครอบครัวเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยทางสมอง และสามารถจัดการการดูแลได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่ถูกทำร้าย
- ผู้ดูแลและบุคคลอื่นเข้าใจ ระมัดระวังไม่ให้โดนทำร้าย และไม่เกิดการทำร้ายร่างกาย
- ผู้ดูแลสามารถจัดการกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

การพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเพื่อสามารถหาแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม
- 2) พูดคุยกับผู้ป่วยด้วย น้ำเสียงและท่าทางที่เหมาะสม ไม่กระซิบกระซาบคุยกัน ควรพูดให้ผู้ป่วยได้ยินด้วย เพื่อไม่ให้เกิดความหวาดระแวงและทำร้ายสิ่งรอบข้าง
- 3) แนะนำให้มีการเนิ่นช้า ทราบวัน เวลา และสถานที่และบุคคลสำคัญแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ หากเป็นไปได้ควรเป็นบุคคลที่ดูแลคนเดิม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยไม่กลัว
- 4) เฝ้าระวัง และสังเกตอาการและค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เช่น เก็บกระຈກให้ห่างจากบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่, สนทนาด้วยท่าทางที่เป็นมิตร น้ำเสียงไม่แหลมสูง ไม่ดุ ไม่ตะหว่าด เพราะจะยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยอารมณ์ก้าวร้าวมากขึ้น เป็นต้น
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีสิ่งเร้า ไม่มีอุปกรณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย
- 6) อธิบายเนิ่นช้า ให้ผู้ดูแลช่วยกันดูแลสอดส่องพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใช้หลัก ABC approach ในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ตามแผนการรักษา quetiapine 25 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน และรับประทานครั้งเม็ดเวลามีอาการสับสน เอะอะโวยวาย

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ไม่มีการทำร้ายระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ผู้ดูแลเข้าใจวิธีการดูแลด้วยเทคนิค ABC

7. โอกาสได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

ข้อมูลสนับสนุน

- ได้รับยา memantine 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
- ได้รับยา quetiapine 25 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน และถ้ามีอาการหงุดหงิด อาละวาด ไม่นอน ให้เพิ่มได้ครึ่งเม็ด

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการใช้ยา

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในกลุ่มยารักษาอาการโรคจิตแบบใหม่ (atypical antipsychotic drug) ได้แก่ quetiapine เช่น ระดับน้ำตาล ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ น้ำลายมากขึ้น วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึมหลับมากเกินไป ระบบขับถ่ายแปรปรวน ได้แก่ ท้องเสีย ท้องผูก
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในกลุ่มยา N-methyl-D-aspartate receptor antagonists' ได้แก่ memantine เช่น ท้องผูก ปวดศีรษะ วิงเวียน ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) แนะนำครอบครัวและผู้ดูแลให้สังเกต เฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาจมีอาการ น้ำลายมากขึ้น วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ระบบขับถ่ายผิดปกติ ท้องผูก และถ้ามีอาการมากและรุนแรงขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลผิดปกติ ให้หยุดยาทันทีและรีบพามาโรงพยาบาล
- 2) แนะนำให้พาผู้ดูแลผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่เคยตรวจรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ที่เคยตรวจรักษา หรือหากไม่สะดวกไปพบแพทย์เจ้าของไข้ ให้แจ้งกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทุกครั้งว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการรักษาด้วยยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยา หรือ การทำปฏิกิริยาต่อกันของยา ส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไปไม่ตรงตามแผนการรักษาได้ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้นได้เช่นกัน
- 3) ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ต้องนำยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไปให้แพทย์พิจารณาด้วย (review medication) เพื่อตรวจสอบยาที่ได้รับว่าตรงตามแผนการรักษา ยาที่ได้รับเดิมไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านกันเอง หรือ ผลข้างเคียงของยาบางชนิดอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น

- 4) รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่ซื้อยาจากร้านขายยาเอง หรือ นำยาของผู้ป่วยอื่นๆมารับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยาที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น
- 5) ให้คำแนะนำกับผู้ดูแล ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอาการแทรกซ้อน หรือได้รับผลข้างจากการใช้ยาได้ ดังนั้น ควรดูแลให้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และในช่วงที่มีการปรับยาแนะนำให้ จดบันทึกช่วงเวลา อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้แพทย์ในการปรับเปลี่ยนขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย
- 6) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ถ้ามีอาการมากขึ้นควรรายงานให้แพทย์ทราบ
- 7) แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือยืน ถ้ามีอาการวิงเวียนศีรษะ ควรนั่งพักให้หาย เพราะอาจล้มเกิดอุบัติเหตุได้
- 8) ติดตามระวังอุบัติเหตุจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาการง่วงซึม
- 9) ให้นำบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือเบื้องต้นจากพยาบาล

8. ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- ครอบครัวรู้สึกเครียด กดดัน จนบางครั้งทะเลาะกับผู้ป่วย
- ภรรยาร้องไห้และบุตรก็เครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 14 จาก 16 คะแนน (มีระดับสูง)

เป้าหมาย

- ลูกสาว (ญาติผู้ดูแล) สดชื่นขึ้น สบายใจขึ้น มีกำลังใจที่จะดูแลต่อไป
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 – 8 จาก 16 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- ครอบครัวสีหน้าสดชื่น สายตาไม่ท้อแท้ ดูกระตือรือร้นในการดูแล และคิดบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 – 8 จาก 16 คะแนน

การพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพจิตใจครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เพื่อประเมินปัญหาและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อสามารถหาแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม

- 2) พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยน้ำเสียง ท่าทางที่เอาใจใส่ อ่อนโยน เน้นเรื่อง การปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่งเสริมพลังทางบวกในการดูแล
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมอง เสื่อม การดำเนินการโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางในการดูแลรักษา แนวทางการดูแล แบบไม่ใช่ยา และเทคนิคต่างๆ
- 4) แนะนำการดูแลตนเอง การวางแผนจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแล มีความพร้อมทั้งกายและใจ เพื่อไปดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด
- 5) ติดต่อประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ติดตามอาการทั้ง ของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ส่งเข้าทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (caregiver support group) เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และยังให้เห็นตัวอย่างการกระตุ้น การจัดกิจกรรมบำบัดในช่วงกลางวัน เพื่อกระตุ้นผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีสังคม
- 7) ให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ เพื่อเป็น แนวทางในการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตรงจุด ถูกต้อง เช่น ในกรณีที่ญาติไม่สะดวกดูแลหรือเกิดความเครียดมากในช่วงเวลานั้นอาจแนะนำให้ฝากศูนย์ บ้านพักคนชราช่วยดูแล เป็นครั้งคราว เป็นต้น
- 8) โทรสอบถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมทุก 1 สัปดาห์ จนถึงวันนัดตรวจครั้งต่อไป
- 9) ให้นามบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงต้องมีการแบบนี้ ยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย แต่บางครั้งดูแล ต่อเนื่องนานๆ ก็ารู้สึกท้อแท้ กัดดันบ้าง น้อยใจบ้าง แต่หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนบ้างก็ รู้สึกดีขึ้น
- คะแนน Care giver burden ได้ 12 จาก 16 คะแนน

กรณีศึกษาที่ 2

ชายไทย อายุ 88 ปี การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมมีอาชีพค้าขาย มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ผู้ดูแลหลักคือบุตร มาโรงพยาบาลด้วยอาศัยอยู่กับลูกสาว คนที่ 3 (มีบุตร 5 คน) ลูกสาวให้ประวัติว่าช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมักลืมกระเป๋าเงิน และแว่นตาที่วางไว้เอง สับสนวันเวลา บางครั้งนึกคำพูดบางคำไม่ออก จำชื่อสิ่งของบางอย่างไม่ได้ บางครั้งเดินไปหน้าบ้าน ทำท่ายืนนิ่งเหมือนว่าคิดไม่ออกว่าจะไปไหน พอลูกสาวถามก็แสดงท่าหงุดหงิดใส่ และเดินกลับเข้ามาในบ้าน อาการเหล่านี้ค่อยๆ เป็น มากขึ้นเรื่อยๆ จนตลอดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ครอบครัว เริ่มสังเกตว่า ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวมากขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการเห็นภาพหลอนตอนกลางคืน ตื่นมาพูดคนเดียว และบอกว่าภรรยาที่ตายไปกลับมาอยู่ด้วย ผู้ป่วยจะเดินไปเดินมาในบ้าน แล้วบ่นหาของของตัวเองไม่พบ เออะอะโววาย ว้อคัน ขว้างปาสิ่งของ บ่นว่าในบ้านมีขโมยแน่ๆ ต้องมีคนเอาไป พอลูกสาวบอกว่าอยู่ที่เดิมที่วางไว้ ผู้ป่วยจะด่าว่าด้วยคำหยาบคาย พอลูกสาวพูดโต้แย้งเหมือนตำหนิว่าปาข้าวของทำไม ของเสียหาย พูดไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยก็จะยิ่งอาละวาดมากขึ้น จนลูกสาวทนไม่ไหว บอกให้ลูกคนอื่นมาเยี่ยมบ้าง อาการเป็นหนักมากขึ้นเรื่อยๆ จนบางครั้งมีการทำร้ายร่างกายลูกๆ จึงต้องมัดผู้ป่วยและขังไว้ในห้อง ผู้ป่วยมีร่องตะโกน ด่าคำหยาบคายคนในบ้าน ไม่ยอมหลับทั้งคืน และง่วงหลับในช่วงเช้า ทำให้คนในครอบครัวเครียดกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร จะพาผู้ป่วยไปอยู่สถานพักฟื้นเพราะทนไม่ไหวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป แต่ไปปรึกษาเพื่อนๆ คนรู้จักแนะนำให้พาผู้ป่วยไปรดน้ำมนต์กับเจ้าพ่อที่ลือกันว่ามีมนต์ขลังที่ต่างจังหวัด แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น จนมีเพื่อนของลูกแนะนำให้พามารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น moderate Alzheimer's disease with BPSD ให้ memantine 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน quetiapine 25 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า quetiapine 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน risperidone 1 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าและ 1 เม็ด ก่อนนอน และนัดมาตรวจ 1 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ หกล้ม หลงทาง โดนทำร้าย ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น
- 2) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเทคนิคในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
- 3) ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีปัญหาวฤกกรรมและอารมณ์ เช่น หกล้ม หลงทาง โดนทำร้าย ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น

ข้อมูลสนับสนุน

- สับสนวันเวลา ไม่ยอมหลับทั้งคืน และง่วงหลับในช่วงเช้า
- บางครั้งนึกคำพูดบางคำไม่ออก จำชื่อสิ่งของบางอย่างไม่ได้ ผู้ป่วยจะเดินไปเดินมาในบ้าน แล้วค้นหาของของตัวเองไม่พบ เช่น กระเป๋าเงิน และแว่นตาที่ตนเองวางไว้เอง
- เดินไปหน้าบ้าน ทำท่ายืนงงเหมือนว่าคิดไม่ออกว่าจะไปไหน
- ผู้ป่วย อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวมากขึ้น เอะอะโวยวาย ตำว่าด้วยคำหยาบคาย รื้อค้นขว้างปาสิ่งของ จะเข้ามาทำร้ายลูกสาว
- ผู้ป่วยมักมีอาการเห็นภาพหลอนตอนกลางคืน ตื่นมาพูดคนเดียว และบอกว่าภรรยาที่ตายไป กลับมาอยู่ด้วย บ่นว่าในบ้านมีขโมยแน่ๆ

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนๆ ต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ไม่หลงหายไปจากครอบครัว ไม่มีอุบัติเหตุ ไม่มีการทำร้ายร่างกาย สิ่งของ เป็นต้น

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ไม่หลงหายไปจากครอบครัว ไม่มีอุบัติเหตุ ไม่มีการทำร้ายร่างกาย สิ่งของ เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) สอนเทคนิคการประเมินปัญหาวฤกกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยการประเมินอาการด้วยหลัก ABCs approach เพื่อช่วยในการหาสาเหตุว่าอะไรเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาวฤกกรรมและอารมณ์มากขึ้น และวิธีการจัดการด้วยหลักการไม่ใช้ยาก่อนเสมอ
- 2) ให้คำแนะนำ และสอนครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีปัญหาวฤกกรรมและอารมณ์ ได้แก่ เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมในผู้ป่วยสมองเสื่อม เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดอารมณ์หงุดหงิด หลีกเลี่ยงการโต้แย้งเพื่อป้องกันการทำร้ายร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่วางของมีคมไว้ในที่มองเห็น หรือเข้าถึงได้ง่าย เพื่อป้องกันอันตราย
- 3) แจ้งครอบครัวให้ติดต่อกับญาติคนอื่นๆ เพื่อร่วมด้วยช่วยกันดูแล และหากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลตามเบอร์โทรที่แจ้งไว้ หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ให้การรักษาได้เช่นกัน

- 4) ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังทางบวกให้กับลูกสาวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย กัดดันทางจิตใจ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ผู้ป่วยไม่หกล้ม ไม่พลัดหลงจากครอบครัว
- ผู้ป่วยไม่ทำร้ายร่างกายคนอื่น หรือ ไม่โดนผู้อื่นทำร้าย
- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเทคนิคการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ดูแลตำหนิ ทะเลาะและโต้แย้งกับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยรื้อค้นในบ้าน
- ผู้ดูแลจับผู้ป่วยมัดและขังไว้ในห้อง
- ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรื้อน้ำมันต๊ะเตาะเคราะห์ก่อนที่จะมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อรักษา

เป้าหมาย

- ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมิน

- ญาติผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยสมองเสื่อม การดำเนินการของโรค และสามารถอธิบายการดูแลเมื่อเกิดอาการได้
- ญาติสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ไม่หลงหายไปจากครอบครัว ไม่มีอุบัติเหตุ ไม่มีการทำร้ายร่างกาย สิ่งของ เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาหลงลืม สับสน แนะนำให้ใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ หลักการประเมิน ABC (รายละเอียดในบทที่ 3)
- 2) ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนการฝึกผ่อนคลาย

คลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

- 3) ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น การมีปฏิทิน - นาฬิกาที่มีตัวเลขเข้มชัดจนให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา มีสัญลักษณ์เตือนให้เห็นทิศทางที่ชัดเจน ห้องไหน เลี้ยวซ้ายเลี้ยวขวา บริเวณที่ต้องการสื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นควรมีสັນชัดเจน สะดุดตา ส่วนบริเวณไหนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยผ่านไปผ่านมาบ่อยๆ โดยไม่มีคนพาไปด้วย เช่น ประตูหน้าบ้าน ห้องเก็บของใช้อันตราย เป็นต้น แนะนำให้ติดอุปกรณ์ต่างๆ เป็นกำบัง เช่น ฝ้าม่านบังสีกล้ายคลึงกัน ทาสีห้องกับประตูทางออกให้กลมกลืนกัน เป็นต้น เก็บของที่เป็นอันตรายหรือมีความเสี่ยงที่จํานํามาเป็นอาวุธร้ายแรง เช่น มีด เป็นต้น ไว้ในที่มืดชิด เข้าถึงได้ยาก ทั้งนี้ให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม
- 4) ใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสม ได้แก่
 - พูดกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาผู้ป่วยโดยตรง ด้วยแววตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้ม
 - ใช้น้ำเสียง อ่อนโยน ไม่ตะโกน เสียงดังโดยไม่จำเป็น การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเคารพ
 - ไม่เร่งรีบ ให้เวลาผู้ป่วยในการตอบ หรือ แสดงความรู้สึก ให้เวลาผู้ป่วยนึกคิด หรือ อาจต้องพูดอธิบายชื่อและการวิธี สิ่งนั้นๆใช้เมื่อผู้ป่วยจำชื่อสิ่งของไม่ได้ ให้กำลังใจ ไม่ตอกย้ำ เรื่องอาการหลงลืมของผู้ป่วย
- 5) ผู้ป่วยสมองเสื่อม หลงลืม อาจพลัดหลงหาย หรือ เดินออกจากบ้านโดยที่ผู้ดูแลไม่ทันระวังได้ แนะนำให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด และบอกเพื่อนบ้านให้ช่วยสังเกต หากพบว่าผู้ป่วยเดินออกไปนอกบ้านคนเดียว หรือกับคนแปลกหน้า ให้ช่วยดู และสามารถทำสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม ใครพบเห็นติดต่อผู้ดูแลได้ที่ใด เพื่อช่วยในการติดตามผู้ป่วยได้ เช่น นามบัตร ที่ติดกระเป๋า หรือ ที่ติดเสื้อ ป้ายข้อมือ สร้อยคอ เป็นต้น
- 6) แนะนำให้บอกเพื่อนบ้านและคนรอบข้าง คนใกล้ชิดผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม มี อาการหงุดหงิด เห็นภาพหลอน และหลงลืม อาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับคู่สนทนาได้ ขออย่าถือโทษ และให้อภัย เพื่อป้องกันการทำร้ายร่างกาย ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น
- 7) ให้นามบัตร Hot Line ของพยาบาลที่คลินิกผู้สูงอายุเพื่อโทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- 1) ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงต้องมีอาการแบบนี้ ยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย แต่ลูกสาวคนที่ 3 (ดูแลหลัก) ต้องดูแลต่อเนื่องนานๆ รู้สึกเหนื่อย กัดฟัน ลูกๆ คนอื่นไม่ค่อยว่างไม่สามารถมาช่วยดูแลได้ตลอด จึงต้องแบ่งกันมาดูแล เป็นระยะๆ

- 2) ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อยู่ แต่ลูกสาวสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ใจเย็นลง และเข้าใจว่าที่พ่อทำไปเพราะป่วยสมองเสื่อม ไม่ได้แกล้งทำ
- 3) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ป้องกันได้ เช่น หลงหาย หกล้ม ถูกทำร้าย ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น

3. ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- ครอบครัวรู้สึกเครียด กดดัน จนบางครั้งทะเลาะกับผู้ป่วย
- ลูกๆ เครียดกับพฤติกรรมอาละวาด และบอกว่าถ้าเลี้ยงไม่ไหวอาจจำเป็นต้องเอาไปอยู่สถานพักฟื้นแทน
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 16 จาก 16 คะแนน (มีระดับสูง)

เป้าหมาย

- ลูกสาว (ญาติผู้ดูแล) สดชื่นขึ้น สบายใจขึ้น มีกำลังใจที่จะดูแลต่อไป
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 – 8 จาก 16 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- ครอบครัวสีหน้าสดชื่น สายตาไม่ท้อแท้ ดูกระตือรือร้นในการดูแล และคิดบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 – 8 จาก 16 คะแนน

การพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพจิตใจครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เพื่อประเมินปัญหาและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อสามารถหาแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม
- 2) พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยน้ำเสียง ท่าทางที่เอาใจใส่ อ่อนโยน เน้นเรื่องการปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่งเสริมพลังทางบวกในการดูแล
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางในการดูแลรักษา แนวทางการดูแลแบบไม่ใช้ยา และเทคนิคต่างๆ
- 4) แนะนำการดูแลตนเอง การวางแผนจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งกายและใจ เพื่อไปดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

- 5) ติดต่อประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ติดตามอาการ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ส่งเข้าทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (caregiver support group) เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และยังให้เห็นตัวอย่างการจัดกิจกรรมบำบัดในช่วงกลางวัน เพื่อกระตุ้น ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีสังคม
- 7) ให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ เพื่อเป็น แนวทางในการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตรงจุด ถูกต้อง เช่น แนะนำฝากศูนย์บ้านพักคนชราดูแล เป็นต้น
- 8) โทรศัพท์ถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมทุก 1 สัปดาห์ จนถึงวันนัดตรวจครั้งต่อไป
- 9) ให้นามบัตร Hot Line โทรศัพท์เพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงต้องมีการแบบนี้ ยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย แต่บางครั้ง ก็รู้สึกกดดัน น้อยใจบ้าง ได้ลูกๆ คนอื่นมาช่วยดูบ้างแต่ไม่บ่อย เพราะคนอื่นๆ ต่างยุ่งอยู่
- คะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 12 จาก 16 คะแนน

กรณีศึกษาที่ 3

ชายไทย อายุ 70 ปี การศึกษาระดับชั้นปวส. เดิมมีอาชีพรับราชการทหาร มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และมีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา มาโรงพยาบาล ด้วยอาการหลงลืม และใช้จ่ายเงินผิดปกติ จากการซักประวัติภรรยาให้ประวัติว่าช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา ผู้ป่วยคิดซ้ำ ทำซ้ำ และชอบถามซ้ำๆ เรื่องเดิมๆ เช่น รับประทานอาหารยาแล้วหรือยัง ต้องไปพบหมอ ตามนัดวันไหน เป็นต้น ต่อมาเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มสั่งของทางรายการทีวี และบอกว่าใช้ดีให้ลองใช้ ภรรยาก็ไม่ได้เอะใจอะไร จนเมื่อปริมาณของที่สั่งมาเริ่มมากขึ้น และของที่สั่งมาซ้ำๆ เหมือนกัน เช่น กระตะ หม้อ อุปกรณ์ทำสวน เป็นต้น ภรรยาจึงว่ากล่าวไม่ให้สั่ง ซึ่งแรกๆ ผู้ป่วยก็ตกลง เข้าใจและ ตอบรับว่าไม่สั่ง แต่ก็สั่งมาอีกซ้ำเหมือนเดิม ภรรยาโมโหมาก จึงตำหนิและทะเลาะกันรุนแรงหลายครั้ง บางครั้งผู้ป่วยก็เสียใจร้องไห้ ต่อมาผู้ป่วยมักเก็บสะสมของที่เสียแล้ว ไม่ได้ใช้แล้วและเอามาแอบไว้ใน ห้องนอนของตนเอง พอภรรยาไปค้นเจอนำไปทิ้งผู้ป่วยก็อาละวาด บอกว่าห้ามทิ้งเป็นสมบัติของเขา ทำให้ภรรยายิ่งโมโหมาก จึงเกิดทะเลาะวิวาทกัน ผู้ป่วยจึงออกจากบ้าน และหลงทางกลับบ้านไม่ถูก คนข้างบ้านไปเจออยู่หน้าปากซอยบ้าน จึงพากลับมาส่ง ภรรยาเล่าให้ลูกชายฟัง และบอกว่าไม่รู้จะ จัดการอย่างไรกับผู้ป่วยแล้ว จึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หลังจากพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยเป็น mild Alzheimer's disease with BPSD ให้ donepezil 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ

1 ครั้งก่อนนอน escitalopram 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน และนัดมาตรวจ 1 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการตัดสินใจลดลง และตัดสินใจไม่สมเหตุผล
- 2) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเทคนิคในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
- 3) มีโอกาสได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา
- 4) ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการตัดสินใจลดลง และความสามารถในการตัดสินใจไม่สมเหตุผล

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสั่งของทางทีวีแบบซ้ำๆ บ่อยๆ ปริมาณมาก โดยไม่สมเหตุผล
- ผู้ป่วยเก็บสะสมของที่เสียแล้ว ของที่ไม่ได้ใช้ ซุกซ่อนไว้ในห้องนอนของตนเอง และไม่พอใจเมื่อภรรยาเข้ามาเก็บทำความสะอาด หรือทิ้งสิ่งของนั้นไป

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากญาติผู้ดูแล

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงช่องทางการสั่งซื้อของทางทีวีได้โดยไม่ผ่านการอนุมัติจากผู้ดูแล
- ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการการทำนิติกรรมใดๆ ของผู้ที่มีปัญหากระบวนการคิดและสติปัญญาถดถอย

การพยาบาล

- 1) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นิติเวชคลินิกของโรงพยาบาล สำนักงานเขต เป็นต้น ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในเรื่องการทำนิติกรรมใดๆ
- 2) แนะนำขั้นตอนต่างๆ ให้กับภรรยา เพื่อไปติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย
- 3) ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น

ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ การฝึกผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

- 4) แนะนำเทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้หลักการของ ABC (รายละเอียดในบทที่ 3) แนะนำใช้เทคนิคในการเบี่ยงเบนความสนใจสำหรับการปรับเปลี่ยนช่องรายการทีวีให้เป็นรายการอื่น การเฝ้าระวังสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกครั้งที่เปิดทีวี รวมถึงการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อลดการโต้แย้ง การหากิจกรรมอย่างอื่นให้ผู้ป่วยทำนอกเหนือจากการดูทีวี เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยว่างและมุ่งความสนใจไปที่รายการขายทางทีวี
- 5) แนะนำภรรยาให้เบี่ยงเบนความสนใจเวลาเข้าไปทำความสะอาด อย่าให้ผู้ป่วยเห็น หากผู้ป่วยถามหา ให้บอกว่ามีนเกิดความผิดปกติขึ้น ตนเลยจำเป็นต้องทำความสะอาด เช่น มดขึ้น หนูมา แมลงชุม เป็นต้น และเบี่ยงเบนชวนไปทำอย่างอื่น หากผู้ป่วยไปเก็บมาอีกก็ทำแบบเดิมอีก ใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ทะเลาะ ไม่โต้แย้ง ให้กำลังใจภรรยา
- 6) กรณีที่ผู้ป่วยหงุดหงิดวุ่นวาย อาละวาด ไม่ยอมต้องการสั่งซื้อให้ได้ แนะนำให้ภรรยาอยู่ด้วยขณะสั่งของและหลังจากที่สั่งไปแล้ว ให้ภรรยาโทรไปยกเลิกในทันที
- 7) ให้นามบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ผู้ป่วยได้รับเอกสารว่าเป็นผู้พิการทางกระบวนการคิดและสติปัญญา สามารถนำไปติดต่อสำนักงานเขต เพื่อออกใบผู้พิการ และได้รับเอกสารจากนิติเวชคลินิกเพื่อไปติดต่อที่ศาลรอฟังการเป็นผู้อยู่อาศัยสติปัญญาไม่สามารถทำนิติกรรมทางกฎหมายได้
- ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมโห่ร้องของทางทีวี แต่น้อยลง เนื่องจากไม่ค่อยได้ดูทีวี และภรรยาไม่ได้ให้บัตรเครดิต หรือเงินไว้ ปริมาณมาก

2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเทคนิคการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- ภรรยาไม่โหมมาก ดำเนิน ว่ากล่าวผู้ป่วยรุนแรง ทะเลาะกันหลายครั้ง และบางครั้งผู้ป่วยก็เสียใจร้องไห้
- ภรรยาไม่ทราบหาวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เป้าหมาย

- ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมิน

- ญาติผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยสมองเสื่อม การดำเนินการของโรค และสามารถอธิบายการดูแลเมื่อเกิดอาการได้
- ญาติสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ไม่หลงหายไปจากครอบครัว ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาหลงลืม สับสน แนะนำให้ใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ หลักการประเมินของ ABC (รายละเอียดในบทที่ 3)
- 2) ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนการฝึกผ่อนคลาย ความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
- 3) ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น การมีปฏิทิน-นาฬิกาที่มีตัวเลขชัดเจนให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา การมีสัญลักษณ์เตือนให้เห็นทิศทางที่ชัดเจน ห้องไหน เลี้ยงสัตว์เลี้ยงขว ขว บริเวณที่ต้องการให้มองเห็นควรมีสັນชัดเจน สะดุดตา ส่วนบริเวณไหนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยผ่านไปผ่านมาบ่อยๆ หรือไม่มีคนพาไป เช่น ประตูหน้าบ้าน ห้องเก็บของใช้อันตราย เป็นต้น แนะนำให้พรางสายตาย ด้วยอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ผ้า màn บังสีกัลลยคลึงกัน เป็นต้น เก็บของที่เป็นอันตรายหรือมีความเสี่ยงที่นำมาเป็นอาวุธร้ายแรงได้ เช่น มีด เป็นต้น ไว้ในที่มิดชิด เข้าถึงได้ยาก ทั้งนี้ให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม
- 4) ใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสม ได้แก่
 - พูดกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาผู้ป่วยโดยตรง ด้วยแววตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้ม ใช้น้ำเสียง อ่อนโยน ไม่ตะโกน เสียงดังโดยไม่จำเป็น
 - การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเป็นมิตร ให้กำลังใจมากกว่าตำหนิติเตียน แสดงท่าทางถึงความรักความห่วงใยในฐานะสามีภรรยาว่าจะอยู่ดูแล ไม่หนีไปไหน ให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่า ภรรยารักและห่วงใยเสมอ เพื่อลดความรู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว ซึมเศร้าที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองสมองเสื่อม ความจำไม่ดี

- ไม่เร่งรีบ ปล่อยให้ผู้ป่วยในการตอบ การแสดงความรู้สึก หรือ อาจต้องพูดอธิบายชื่อ อธิบาย วิธีการใช้งาน ของๆ สิ่งนั้น เพื่อช่วยส่งเสริมความจำ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำชื่อสิ่งของไม่ได้เลย ให้กำลังใจ ไม่ตอกย้ำ เรื่องอาการหลงลืมของผู้ป่วย
- 5) ผู้ป่วยสมองเสื่อม หลงลืม อาจพลัดหลงหาย หรือ เดินออกจากบ้านโดยที่ผู้ดูแลไม่ทันระวังได้ แนะนำให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด และบอกเพื่อนบ้านให้ช่วยสังเกต หากพบว่าผู้ป่วยเดินออกไปนอก บ้านคนเดียว หรือกับคนแปลกหน้า ให้ช่วยดู และสามารถทำสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วย สมองเสื่อม มีอาการหลงลืม ใครพบเห็นติดต่อผู้ดูแลได้ที่ใด เพื่อช่วยในการติดตามผู้ป่วยได้ เช่น นามบัตร ที่ติดกระเป๋า หรือ ที่ติดเสื้อ ป้ายข้อมือ สร้อยคอ เป็นต้น
- 6) แนะนำให้บอกเพื่อนบ้านและคนรอบข้าง คนใกล้ชิดผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม หากมี อาการหงุดหงิด และหลงลืม อาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับคู่สนทนาได้ ขอย่าถ้อโทษ และให้อภัย เพื่อป้องกันการทำร้ายร่างกาย ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น
- 7) ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังทางบวกในการดูแลให้กับภรรยาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย กดดันทางจิตใจ
- 8) ให้นามบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงต้องมีอาการแบบนี้ ยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย ภรรยายังคงบ่น ว่าบางทีก็รู้สึกเหนื่อยที่ต้องคอยจับตามองผู้ป่วย แต่ก็เข้าใจว่าผู้ป่วยสมองไม่ปกติ บ่อยครั้ง ก็ไม่ถือสา ก็เสียๆ ไม่ได้โต้แย้งอะไร คอยตรวจสอบ สังเกตอาการอยู่ใกล้ๆ
- ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) อยู่ แต่ภรรยามีความเข้าใจ รับรู้ว่าคุณผู้ป่วย มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เนื่องมาจากสมองเสื่อม ไม่ได้แกล้งทำ สามารถจัดการได้อย่าง เหมาะสม ใจเย็นลง
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ป้องกันได้ เช่น หลงหาย หกล้ม ถูกทำร้าย ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น

3. มีโอกาสได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

ข้อมูลสนับสนุน

- ได้รับยา donepezil 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน
- ได้รับยา escitalopram 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการใช้ยา

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา กลุ่ม cholinesterase inhibitors (AChEIs) เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา กลุ่ม antidepressants เช่น ง่วงซึมมากผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียด แน่นท้อง มีลมหรือในกระเพาะอาหารมากผิดปกติทำให้ไม่สุขสบายในช่องท้อง ท้องผูก เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) ให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอาการแทรกซ้อน หรือ ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว ได้แก่
 - ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา กลุ่ม cholinesterase inhibitors (AChEIs) เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแล
 - ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา กลุ่ม antidepressants เช่น ง่วงซึมมากผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียด แน่นท้อง มีลมหรือในกระเพาะอาหารมากผิดปกติ ทำให้ไม่สุขสบายในช่องท้อง ท้องผูก เป็นต้น
- 2) แนะนำครอบครัวและผู้ดูแลให้สังเกต ฝ้าระวังอาการดังกล่าวข้างต้น ถ้าพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้น ให้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
- 3) แนะนำให้พาผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่เคยตรวจรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ที่เคยตรวจรักษา หรือหากไม่สะดวกไปพบแพทย์เจ้าของไข้ ให้แจ้งกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทุกครั้งว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการรักษาด้วยยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยา หรือ การทำปฏิกิริยาต่อกันของยา ส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไปไม่ตรงตามแผนการรักษาได้ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้นได้เช่นกัน
- 4) ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ต้องนำยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไปให้แพทย์พิจารณาด้วย (review medication) เพื่อตรวจสอบยาที่ได้รับว่าตรงตามแผนการรักษา ยาที่ได้รับเดิมไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านกันเอง หรือ ผลข้างเคียงของยาบางชนิดอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น
- 5) รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่ซื้อยาจากร้านขายยาเอง หรือ นำยาของผู้ป่วยอื่นมารับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากยาที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติและมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น

- 6) ให้สมุดบันทึกประจำตัวข้อพึงระวังการใช้ยา กลุ่มต่างๆ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้กับผู้ดูแล เพื่อใช้แสดงต่อแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กรณีที่ไปรักษา หรือ รับยาที่โรงพยาบาล คลินิกอื่น นอกเหนือจาก คลินิกผู้สูงอายุ
- 7) ให้นำบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

4. ครอบครัวเกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- ภรรยา รู้สึกเครียด กดดัน จนบางครั้งทะเลาะกับผู้ป่วย
- ลูกๆ เครียดกับพฤติกรรมอาละวาด และบอกว่าถ้าเลี้ยงไม่ไหวอาจจำเป็นต้องเอาไปอยู่สถานพักฟื้นแทน
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 10 จาก 16 คะแนน (มีระดับสูง)

เป้าหมาย

- ภรรยา สดชื่นขึ้น สบายใจขึ้น มีกำลังใจที่จะดูแลต่อไป
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 -8 จาก 16 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- ครอบครัว สิ้นหวัง สดชื่น สายตาไม่ท้อแท้ ดูกระตือรือร้นในการดูแล และคิดบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินคะแนน caregiver burden (short form screening) ได้ 0 – 8 จาก 16 คะแนน

การพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพจิตใจครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เพื่อประเมินปัญหาและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อสามารถหาแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม
- 2) พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยน้ำเสียง ท่าทางที่เอาใจใส่ อ่อนโยน เน้นเรื่องการปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่งเสริมพลังทางบวกในการดูแล
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางในการดูแลรักษา แนวทางการดูแลแบบไม่ใช้ยา และเทคนิคต่างๆ
- 4) แนะนำการดูแลตนเอง การวางแผนจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งกายและใจ เพื่อไปดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

- 5) ติดต่อประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ติดตามอาการ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ส่งเข้าทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (caregiver support group) เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และยังให้เห็นตัวอย่างการจัดกิจกรรมบำบัดในช่วงกลางวัน เพื่อกระตุ้น ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีสังคม
- 7) ให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ เพื่อเป็น แนวทางในการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตรงจุด ถูกต้อง เช่น แนะนำฝากศูนย์บ้านพักคนชราดูแล เป็นต้น
- 8) โทรสอบถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมทุก 1 สัปดาห์ จนถึงวันนัดตรวจครั้งต่อไป
- 9) ให้นามบัตร Hot Line โทรปรึกษาเพิ่มเติม หากต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผล 1 เดือน ต่อมา

- ภรรยาเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงต้องมีการแบบนี้ ยอมรับเรื่องการเจ็บป่วย แต่บางครั้งก็รู้สึก โมโหบ้างที่ผู้ป่วยทำอะไรไม่ได้ และไม่เข้าใจต่างๆ ที่สภาพภายนอกดูปกติดี ได้ลูกชายมาช่วยดู บ้างแต่ไม่บ่อย เพราะบ้านอยู่ไกลกัน มีพาไปเที่ยวในช่วงวันหยุดบ้าง
- คะแนน care giver burden (short form screening) ได้ 6 จาก 16 คะแนน

สรุปผลการดูแลและข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษา ทั้ง 3 รายจะพบได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมายหลากหลายปัญหา การพยาบาลที่สำคัญ คือ การเข้าใจในอาการ มองหาปัจจัยกระตุ้น แก้ไขปัจจัยที่สามารถป้องกัน เฝ้าระวังอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ดูแลในทางบวก ให้ความรู้ในการดูแลที่จำเป็นและเหมาะสม ให้ความสำคัญกับการยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนเทคนิคการดูแลในแต่ละครั้งให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในครั้งนั้น เพราะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เปรียบเสมือนคลื่นที่พัดมาเป็นระยะๆ มีขนาดเล็กใหญ่ไม่เท่ากัน สร้างความรุนแรงได้แตกต่างกัน แต่อาการเหล่านี้จะอยู่ไม่นาน จะเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาเรื่อยๆ ดังนั้น หากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้ ความเข้าใจ จะสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้ต่อไป

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในหลายเรื่อง เช่น เรื่องสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากสมองเสื่อม เทคนิคการให้คำปรึกษา เป็นต้น และสามารถนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถจัดการกับปัญหา ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งหลักการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) มีเป้าหมายในการดูแล 4 เรื่อง ได้แก่

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเลือกเสื้อผ้า การแต่งกาย การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนที่และการเคลื่อนย้าย เป็นต้น
2. การจัด ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละระดับความเจ็บป่วย เช่น ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ไม่ลื่น หลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยกระจกเงา สีห้องโทนเดียวกัน สบายตา ยาและสารเคมีเก็บไว้ให้มิดชิด ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และห้องน้ำควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก เพื่อป้องกันการลื่น
3. ประเด็นกฎหมาย ต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียดถูกต้อง บันทึกอาการที่บ่งบอกถึงอาการสมองเสื่อมของสมองส่วนต่างๆที่ตรวจพบ ตลอดจนกิจวัตรประจำวันต่างจากคำบอกเล่าของครอบครัวและผู้ดูแล
4. ครอบครัวและผู้ดูแลควรได้รับการประเมินสภาวะจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์และแนะนำให้สำรวจความเครียดที่อาจจะเกิดกับครอบครัวและผู้ดูแล

บทที่ 5

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

จากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ การลดความรู้สึกกดดันเป็นภาระของผู้ดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7.

ตารางที่ 7. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. การประเมินปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ค่อนข้างยุ่งยาก และมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ของผู้ประเมิน ในการประเมินอาการผู้ป่วย ในการซักประวัติจากผู้ดูแล ในบางครั้งหากอาการเพียงเล็กน้อย ร่วมกับสอดคล้องกับลักษณะนิสัยพื้นฐานเดิม อาจทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนว่าเป็นลักษณะนิสัยที่อื่น ไม่เชื่อฟัง เอาแต่ใจตนเอง ทำให้ผู้ดูแลครอบครัว ขาดความตระหนักไม่เข้าใจ ไม่เล่า ทำให้ไม่สามารถตรวจจับอาการได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น ยากต่อการรักษา รวมถึงแบบประเมินที่มีใช้ในปัจจุบันค่อนข้างยาวและส่วนมากยังไม่มีภาษาไทย อาจไม่สะดวกในการนำมาใช้ในทางปฏิบัติ	1. จัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ และภาคประชาชน สำหรับ ผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการ การจัดการอย่างเหมาะสมตามบริบท 2. พัฒนาแบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำการศึกษาและเผยแพร่เพื่อสะดวกในการใช้ทั้งในทางปฏิบัติ และในการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 7. (ต่อ) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
2. ลักษณะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น ไม่สามารถระบุลักษณะอาการที่แน่ชัดว่าอาการใดจะเกิด หรือไม่เกิด จำนวนอาการมีมาน้อยเท่าใด ระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ระยะเวลาของอาการเป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นเดือน ช่วงเวลาใดอาจเกิดอาการดังกล่าว เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกดดัน เป็นภาระ คับข้องใจ ไม่สามารถบริหารจัดการ การดูแล รวมถึงพยาบาลที่ให้การดูแล หากขาดความรู้ ความชำนาญ จะยิ่งทำให้ยากลำบากในดูแล ไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละวันของผู้ป่วยได้	1. พยาบาลควรประเมินผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วหรือไม่ ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม หากผู้ดูแลยังไม่ทราบ พยาบาลต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อให้คำวินิจฉัยกับผู้ดูแล จากนั้นพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาเพิ่มเติม สอน ให้ความรู้กับผู้ดูแล การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ด้วยหลักการ ไม่ใช่ยา โดยใช้เทคนิคต่างๆจัดสอนเป็น case by case หรือ group support ทั้งนี้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การจัดการทั้งในส่วนของทีมบุคลากรทางการแพทย์เอง และในส่วนของผู้ดูแล 2. พยาบาลควรเปิดบริการให้คำปรึกษาในรูปแบบนอกเวลาราชการ เช่น social online, โทรศัพท์ on call เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับผู้ดูแล แต่ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรู้ความชำนาญ ผ่านการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการร้องเรียนทางกฎหมายและเชิงจริยธรรม

ตารางที่ 7. (ต่อ) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
3. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกกดดันเป็นภาระ เครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือในทางตรงข้าม คือ โมโห โกรธ เกลียด ไม่พอใจ อาจเนื่องจากไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ หรือ จากความเหนื่อยล้าในการดูแล ซึ่งบางครั้งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจถูกทำร้าย หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะทำร้ายผู้อื่นได้ เป็นเหตุให้เกิดการละเลย เพิกเฉย และถูกทอดทิ้งตามมา รวมถึงภาระทางการเงิน ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น	1. ควรจัดให้มีพยาบาลที่รับหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อมีเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลการจัดการกับอาการเทคนิคต่างๆ รวมถึง การสนับสนุนทางจิตใจ ส่งเสริมพลังทางบวกในการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบาย บอกเล่าเรื่องราวความต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมีที่พึ่ง มีกำลังใจ มีความรู้ มีความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป 2. ประสานงานกับทีมการรักษา ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแล แบบองค์รวมในทุกมิติ 3. ประเมินความรู้สึกกดดันเป็นภาระ ความเหนื่อยล้า ความต้องการการช่วยเหลือเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ความรุนแรงของปัญหาที่พบ

ตารางที่ 7. (ต่อ) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
4. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในหลายๆ ด้านลดลง หรือ ไม่สามารถทำได้ เช่น จำไม่ได้ ใช้ภาษาไม่ได้ ความสามารถในการตัดสินใจไม่เหมือนเดิม หลงผิด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น อุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม สำลักอาหาร ติดเชื้อ เป็นต้น รวมถึงปัญหาทางด้านการเงิน การธนาคาร กฎหมาย จริยธรรม สวัสดิการของผู้ป่วย เช่น มรดกและทรัพย์สินของผู้ป่วย หรือการแต่งผู้อภิบาลเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ อยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ด้วยตนเองได้	1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ส่งปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยในการฟื้นฟู รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ส่งเสริมการมีกิจกรรมที่มีความหมายในแต่ละวัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถ เช่น กิจกรรมกระตุ้นสมอง กิจกรรมส่งเสริมความแข็งแรง กิจกรรมสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ 3. พยาบาลควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิ สวัสดิการ กฎหมายสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ความรู้ผู้ดูแลในเบื้องต้นได้ 4. พยาบาลประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและช่วยเหลือผู้ดูแลในการติดต่อหน่วยงานต่างๆ เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสมองเสื่อม

สรุป

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จะมีอาการแสดงที่แตกต่างตามพื้นฐานลักษณะเดิมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การยอมรับแบบแผนการการดำเนินไปของโรค อาการที่อาจเกิดขึ้น จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถจัดการการดูแล ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ในการจัดการอาการที่เหมาะสม และถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ อาจไม่สามารถหายไปได้เนื่องจากตัวโรคของคนไข้ แต่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดปัญหาที่อาจเกิดตามมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม กระตุ้นความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยชะลอการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลไม่เกิดความตึงเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lyketsos CG SM, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JCS. Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the cache county study on memory in aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157:708-14.
2. กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ. ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554;56(4):449-62.
3. NSW Ministry of Health. Assessment and management of people with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): A handbook of NSW health clinicians [Internet] 2013 [Available from: https://www.ranzcp.org/Files/Publications/A-Handbook-for-NSW-Health-Clinicians-BPSD_June13_W.aspx.
4. Kales HC, Kim HM, Zivin K, Valenstein M, Seyfried LS, Chiang C, et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *The American journal of psychiatry*. 2012;169(1):71-9.
5. Haupt M, Kurz A, Jänner M. A 2-Year Follow-Up of Behavioural and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2000;11(3):147-52.
6. Rosdinom R ZM, Zanariah MS, Marthani, Suzaily W. Behavioral and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. *Preventive Medicine*. 2013;57:S67 -S9.
7. Matsumoto N IM, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, et al. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in early people in local community. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2007;23:219-24.
8. Miyamoto Y TH, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing (New York, NY)*. 2010;31(4):246-53.
9. Huang SS LM, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;55:55-9.

10. Rosa E LG, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, et al. Needs of caregivers of the patients with dementia. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2010;51:54-8.
11. ฉันทศิริกาญจน ส. คู่มือยืดอายุสมอง. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด; 2552.
12. สาสัต์ย ศ. การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดทีฟพริ้นท์จำกัด; 2551.
13. อันสันตชัย ป. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. 3 ed. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่นจำกัด; 2556.
14. International Psychogeriatric Association. The IPA complete guides to BPSD-specialist guide: Module 1 an introduction to BPSD 2012 [
15. McKeith I CJ. Behavioral changes and psychological symptoms in dementia disorders. Lancet Neurol. 2005;4:795-42.
16. สภาการพยาบาลประกาศสภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ 2552 []. Available from: http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf.
17. International Psychogeriatric Association. BPSD: Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia 2002 [Available from: <http://www.ipa-online.org>.
18. Brodaty H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, et al. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. International journal of geriatric psychiatry. 2001;16(5):504-12.
19. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. International journal of geriatric psychiatry. 2007;22(7):632-8.
20. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International journal of geriatric psychiatry. 2007;22(9):843-9.
21. McCarthy JF, Blow FC, Kales HC. Disruptive behaviors in Veterans Affairs nursing home residents: how different are residents with serious mental illness? Journal of the American Geriatrics Society. 2004;52(12):2031-8.
22. Ferri CP, Ames D, Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. International psychogeriatrics. 2004;16(4):441-59.

23. Phanasathit M CT, Hemrungrojn S, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. In: Mateos R Engedal K FM, editor. IPA 2010 Diversity, Collaborations, Dignity/Abstracts of the IPA International Meeting. Santiago de Compostela 2010. p. 491-2.
24. Taameeyapradit U, Udomittipong D, Tepparak N. Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2014;97(4):423-30.
25. Ames D CE LJ, Shulman KI. Guide to the Psychiatry of Old Age. Cambridge:: Cambridge University Press; 2010.
26. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. International journal of geriatric psychiatry. 2001;16(1):39-44.
27. Steinberg M SJ, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JCS, et al. The incidence of mental and behavioral disturbances in dementia: The cache county study. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2003;15(3):340-5.
28. Aalten P VF, Boziki M, Brugnolo A, Bullock R, Byrne EJ, et al. Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: Results from the European Alzheimer disease consortium part II. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2008;25:1-8.
29. Lyketsos CG LO, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. JAMA. 2002;288(12):1475-83.
30. Steinberg M TJ, Corcoran C, Steffens DC, Norton MC, Lyketsos CG, et al. The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the cache county study. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2004;19:19-26.
31. Steinberg M SH, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point 5-year periods prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: The cache county study. International journal of geriatric psychiatry. 2008;23(2):170-7.

32. Tatsch MF BC, Azevedo D, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto JC, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community base sample in Brazil: Prevalence and relationship with dementia severity. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(5):438-45.
33. Lulio FD PK, Blundo C, Casini AR, Gianni W, Caltagirone C, et al. Occurrence of neuropsychiatric symptoms and psychiatric disorders in mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment subtypes. *International psychogeriatrics*. 2010;22(4):629-40.
34. Fuh JL. Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan*. 2006;15(3):154-60.
35. Xie HG WL, Yu X, Wang W, Yang LJ, Ma TX, et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia and elderly people in the community: results from the Beijing Dementia Cooperative study. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2004;25(10):829-32.
36. Ikeda M FR, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, et al. Dementia associated mental and behavioral disturbances in elderly people in community: finding from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:146-8.
37. Tangwongchai S TN, Senanarong V, Pongvarin N, Phanthumchinda K, Praditsuwan R, et al. Galantamins for the treatment of BPSD in Thai patients with possible Alzheimer's disease with or without cerebrovascular disease. *American Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias*. 2009;23(6):593-601.
38. Mukherjee A, Biswas A, Roy A, Biswas S, Gangopadhyay G, Das SK. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2017;7(3):354-65.
39. Synapse reconnecting the lives. ABC Approach to behavior 2014 [cited 2017 21]. Available from: <http://synapse.org.au/information-services/abc-approach-to-understanding-behaviour.aspx>.
40. Byrne EJ CD, Burns A. Behavioural and psychological symptoms of dementia-agitation. In: Burns A WB, editor. *Severe Dementia*. West Sussex: JohnWiley & Sons; 2006.
41. Boonkerd P. Clinical Practice Guideline for Dementia 2ed. Bangkok: Prasart Neurological Institute; 2008.

42. Lyketsos CG. Dementia and milder cognitive syndromes. In: Blazer DG SD, editor. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry*. 4 ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 243-60.
43. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *Journal of gerontology*. 1989;44(3):M77-84.
44. Cohen-Mansfield J. Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 1991 [Available from: [https://shine-dementia.wikispaces.com/file/view/Cohen-Mansfield+Agitation+Inventory+\(CMAI\).pdf](https://shine-dementia.wikispaces.com/file/view/Cohen-Mansfield+Agitation+Inventory+(CMAI).pdf)].
45. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly II preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:722-7.
46. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological psychiatry*. 1988;23(3):271-84.
47. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International psychogeriatrics*. 1996;8 Suppl 3:301-8; discussion 51-4.
48. Reisberg B, Monteiro I, Torossian C, Auer S, Shulman MB, Ghimire S, et al. The BEHAVE-AD Assessment System: A Perspective, A Commentary on New Findings, and A Historical Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2014;38(1-2):89-146.
49. Cumming JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thomson S, Carusi DA, FGornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14.
50. Mack JL, Patterson MB, Tariot PN. Behavior Rating Scale for Dementia: Development of Test Scales and Presentation of Data for 555 Individuals with Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 1999;12(4):211-23.
51. Columbia B. Best practice guideline for accommodating and managing behavioral and psychological symptoms of dementia in residential care 2012 [Available from: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>].
52. Overshott R BA. Non-pharmacological treatment of severe dementia: an overview. In: Burns A WB, editor. *Severe Dementia*. WestSussex: JohnWiley & Sons; 2006. p. 162-75.

53. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*. 2017;7(3):e012759.
54. Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for BPSD. In: Ritchie CW AD, Masters CL, Cummings J., editor. *Therapeutic Strategies in Dementia*. Oxford: Atlas Medical Publishing; 2007. p. 185-201.
55. Madhusoodanan S, Ting MB. Pharmacological management of behavioral symptoms associated with dementia. *World Journal of Psychiatry*. 2014;4(4):72-9.
56. สุวิทย์ เจริญศักดิ์. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Caring for patients with behavioral and psychological symptoms in dementia). In: เมืองไพศาล ว, editor. *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Demetia: Prevention, Assessment and Care*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2556. p. 124-31.
57. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. 2015;350.
58. Preuss UW, Wong JW, Koller G. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Psychiatria polska*. 2016;50(4):679-715.
59. Corbett A, Smith J, Creese B, Ballard C. Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Current treatment options in neurology*. 2012;14(2):113-25.
60. Tibble OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2017;10(8):297-309.
61. ประดิษฐ์สุวรรณ ร. การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน. In: อันสันตชัย ป, editor. *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. 1 ed. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2552. p. 15-22.
62. Ketty LLLM, Domiciano D, Machado L, Figueiredo C, B. Lopes J, Caparbo V, et al. Frequency and Risk Factors for Recurrent Falls in Community-Dwelling Elderly: A Population-Based Prospective Cohort Study in Brazil. the Sao Paulo Ageing & Health (SPAHE) Study. 2014;66:S30-S1.

63. กระทรวงสาธารณสุข สก. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
64. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ : British Medical Journal. 2015;350.
65. Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. Journal of geriatric physical therapy (2001). 2006;29(2):64-8.

ภาคผนวก ก.

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล ร.พ. ศิริราช	
เลขที่รับ	001440
วันที่	29 ต.ค. 2561
เวลา	13.00

โรงพยาบาลศิริราช	
รับเลขที่	020526
วันที่	26 ต.ค. 2561
เวลา	11-

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานคณบดี งานบริหารจัดการ

โทรศัพท์ ๐๒-๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๒๐๗

โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๓๔๔

วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๗๒/๖๒๐๐ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๑ จากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้เรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ตรวจสอบคู่มือการพยาบาล เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)” ของ นางสาวสุทิดา ปิติญาณ ตำแหน่ง พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) สังกัดงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้ รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(Signature)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อันทิกา จันทร์เปี่ยม)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและทรัพยากรบุคคล

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
เพื่อทราบ

รศ.ดร.นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

26 ต.ค. 2561



ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 9-8066

ที่ ศธ 0517.072/Enพ714/2562

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

ด้วย นางสาวสุทิศา ปิติญาณ ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการ(พม.) สังกัด งานการพยาบาล
อายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาล เรื่องการ
พยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์(Behavioral and Psychological Symptoms
of Dementia: BPSD)

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์แพทย์หญิงปทุมพร สุรอรุณ
สัมฤทธิ์ ตำแหน่งอาจารย์สังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าวเพื่อความถูกต้องและเป็น
ประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

วิศิษฐ์ วามวาณิชย์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฐ์ วามวาณิชย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

นาง น.ส. สุทิศา ปิติญาณ

ตรวจสอบ นาง รวีวรรณ ศิริวัฒนอักษร, น.ส. จิตทิพย์ สุขสมัย, น.ส. วิชราภรณ์ คุ้มชิน, นาง วิมลพรรณ ฤกษ์มงคล, น.ส. ชุติณัฐ อึ้งบุญยะ, นาง ชนาพร คำวงษ์
นฤ, นาง ศาณีย์ พิพัฒนกุลชัย, น.ส. อัมมิกา บุญงามกิจ

ภาคผนวก ข.

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางสาว สุทิสรา ปิติญาณ
วัน เดือน ปีเกิด	11 กรกฎาคม 2519
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีวิทยา 2 พ.ศ. 2536
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541
ระดับปริญญาโท	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554
วุฒิบัตรเฉพาะทาง	วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (Advanced Practice Nurse: APN) เฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาล พ.ศ. 2555
ประวัติการทำงาน	พ.ศ.2541 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2554 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋ฉฉฉฉฉ ฉฉฉฉฉฉ ฉฉฉฉฉฉ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานบทความวิชาการที่ผ่านมา

- ปี 2561 ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์, สุทิสรา เรืองรัมย์. แนวทางการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุโดยวิธีไม่ใช้ยา. ในมณฑิรา มณีรัตน์พร, ระวีวรรณ เลิศวัฒนาภิรมย์ สุรัตน์ทองอยู่ นัฏพล ฤทธิ์ทยมัย (บรรณาธิการ). อายุรศาสตร์ทันยุค 2561.พรีนท์เอเบิล จำกัด. กรุงเทพฯ. 2561. หน้า 503-512
- ปี 2560 สุทิสรา ปิติญาณ. ระบบและรูปแบบการบริการสุขภาพสำหรับวัยสูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง. ใน โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน (บรรณาธิการ). สารานุกรมไทย ฉบับผู้สูงอายุ. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. 2560. หน้า 214-223

- ปี 2559 สุทธิศา ปิติญาณ. แผลกดทับและภาวะผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ (Pressure Injury and Incontinence Associated Dermatitis). ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). พัฒนาการวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น (Gerontology and Geriatrics for Primary Cares Practice). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2559. หน้า 401-420
- ปี 2557 ดุจปราถนา พิศาสสารกิจ, สุทธิศา เรืองรัมย์, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency management for the elderly). ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2557: หน้า 35-54.
- ปี 2556 สุทธิศา เรืองรัมย์. บทบาทของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล” (Nursing role in counseling for dementia patients and caregivers in Geriatrics Clinic, Siriraj Hospital). ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2556: หน้า 154-60.

ผลงานวิจัยที่ผ่านมา

- ปี 2562 Chattaris T, Srinonprasert V, **Pitiyarn S**, Suraarunsumrit P, A Comparison of Healthcare Utilization between Older Patients with and without Cancer at a University Hospital in Thailand (In submission paper)
- ปี 2560 Phannarus H, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Junkhum S, **Pitiyarn S**, Pengsorn N, Pisansalakij D. Relationship between caregiver's factors, level of caregiver knowledge about dementia and level of psychological burden experienced by caregivers of people with dementia. J Gerontol Geriatr Med. 2017; 16: 70-79.
- ปี 2560 Yangyoo P, Junkham S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisansalakij D, Pengsorn N, **Pitiyarn S**, Problems in care of people with dementia and caregivers needs. J Gerontol Geriatr Med. 2017; 16: 57-69.

- ปี 2559 Ruangratsamee S, Assanasen J, Praditsuwan R, Srinonprasert V.
Unrecognized Delirium is Prevalent among Older Patients Admitted to
General Medical Wards and Lead to Higher Mortality Rate. J Med Assoc Thai
2016; 99 (8): 904-12,
- ปี 2558 Ruangratsamee S, Assanasen J, Praditsuwan R, Srinonprasert V.
Unrecognized Delirium is Prevalent among Older Patients Admitted to
General Medical Wards and Lead to Higher Mortality Rate (Oral presentation
at the IAGG Asia/Oceania 2015 Congress, Chiang Mai, Thailand on 19-22
October, 2015)

รางวัลที่เคยได้รับ

- ปี 2560 - วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2560 ได้รับรางวัล “พยาบาลดีเด่น สาขาการบริการพยาบาล
ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ประจำปี 2559” จากสมาคมศิษย์
เก่าพยาบาลศิริราช ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- วันที่ 2 มีนาคม 2560 ได้รับรางวัล “ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานมหาวิทยาลัยดีเด่น
ระดับส่วนงาน ประจำปี 2559” จากมหาวิทยาลัยมหิดล
- วันที่ 19 มิถุนายน 2560 ได้รับรางวัล “ศิริราชเชิดชูเกียรติ” จากคณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปี 2559 - วันที่ 13 พฤษภาคม 2559 ได้รับรางวัล “พยาบาลดีเด่นประจำปี 2559 สาขา
ภาคกลาง ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาล” จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระ
ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- วันที่ 13 มิถุนายน 2559 ได้รับรางวัล “บุคลากรดีเด่น สาขาการบริการ ประจำปี
2559” จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วันที่ 15 ธันวาคม 2559 ได้รับรางวัล “ศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชดีเด่น ประจำปี
2559” จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปี 2558 - วันที่ 20 เมษายน 2558 ได้รับรางวัล “บุคคลตัวอย่างแสดงคุณลักษณะของ
วัฒนธรรมศิริราช ด้านที่ 3 Responsibility (รับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา)
The Role model of Siriraj Culture: Responsibility” จากโรงพยาบาลศิริราช
- วันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 ได้รับรางวัล “บุคลากรดีเด่น สาขาบริการพยาบาล”
จากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
- ปี 2557 วันที่ 3 เมษายน 2557 ได้รับ “จดหมายชมเชยเป็นทางการ” จากผู้รับบริการของคลินิก
สูงอายุส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เรื่อง การให้บริการที่ประทับใจและน่าชื่นชม

