



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for elderly patients with dementia doing proper physical activity for the elderly
with dementia with the Reducing Disability in Alzheimer program (RDAD): 2 case studies

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ประวีณา ศรีบุตรดี¹

Praveena Sributthdee

บทคัดย่อ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหามีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer(RDAD) นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมได้ ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล ,ผู้สูงอายุสมองเสื่อม, การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ABSTRACT

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) are psychological and neurological symptoms. (neuropsychiatric symptoms), which will show symptoms in the middle and late stages of dementia 60 - 90 percent of dementia patients will have behavioral and emotional problems. at least one problem during the course of the dementia illness Problems have varying degrees of severity. In addition, these behavioral and emotional problems in dementia patients progressively increase with dementia severity. This makes it difficult to care for dementia patients with behavioral and emotional problems. increased burden on families and caregivers may cause a feeling of tension Feeling a burden on the caregiver (caregiver burden), which when the caregiver feels burdened, it will affect the quality of care. and the quality of life of dementia patients and their caregivers. discharge planning and continuation of care in the community and integrating appropriate physical activities for the elderly with dementia with the Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) program can be used to develop care for elderly patients with dementia. Family/caregiver Knowledgeable and able to properly care for dementia patients with behavioral and emotional problems. to enable elderly people with dementia to access the health service system and increase the quality of life of the elderly and their caregivers.

Keywords: nursing, dementia elderly, appropriate physical activity

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สิรินธร

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease: AD) สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia: VaD) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease Dementia: PDD) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนขมับฝ่อ (Fronto-Temporal Lobe Degeneration: FTL D) เป็นต้น ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลากหลายกลุ่มอาการ 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) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมาย หลากหลายปัญหา แต่ละปัญหามีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การพยากรณ์ของการรักษาไม่ดี เช่น มีกระบวนการคิด สติปัญญาถดถอยลง (cognitive decline) มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (illness progression) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ถดถอยลง เพิ่มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในสถานพักฟื้นระยะยาว ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมอง

เสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วย จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการความรู้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค ทักษะในการดูแล และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนจำนวน 2 ราย โดย ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรคพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมได้ ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม :กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนในเขตรับผิดชอบในเขตพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัด



ขอนแก่น จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ

แบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	92 ปี	89ปี
สถานภาพ	หม้าย	หม้าย
อาชีพเดิม	ทำนา	ทำนา
รายได้	1,000 บาท/เดือน	800 บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	ต.โคกสำราญ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น	ต.โคกสำราญ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น
ผู้ดูแลหลัก	บุตรสาว	บุตรสาว
วันที่พบผู้ป่วยในชุมชน	2 สิงหาคม 2564	3 สิงหาคม 2564
วันจำหน่าย	14 ตุลาคม 2564	15 ตุลาคม 2564
การวินิจฉัยโรค	diabetes mellitus With renal complications c dementia	Essential (primary) hypertension , c dementia

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
อาการสำคัญ	มีอาการหลงลืม ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบหมาขี้ขาว เปิดน้ำทิ้งไว้ลืมนปิด เป็นก่อนมา 1ปี	มีอาการหลงลืม รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่รับประทาน รับประทานอาหารทั้งวันไม่รู้จึกอิม ชอบพับผ้า เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	25 ปีที่แล้ว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธร 5 ปีที่แล้วมีปัญหาไตวายระดับ 4 รวมด้วย 1ปีก่อนมา มีอาการหลงลืม ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบหมาขี้ขาว เปิดน้ำทิ้งไว้ลืมนปิด ชอบทะเลาะกับลูก บ่น ด่าคนเดียว ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว ชอบขอเงิน	12 ปีก่อน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2ปี ก่อนมามีอาการหลงลืม รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่รับประทาน รับประทานอาหารทั้งวันไม่รู้จึกอิม ชอบพับผ้า
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง / โรคติดต่อ ไม่เคยผ่าตัด	สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง / โรคติดต่อ ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ไม่มีบุคคลอื่นเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/โรคติดต่อ	ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง โรคติดต่อ หรือโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/ สารเสพติด	ไม่เคยแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หรือสาร เสพติด	ไม่เคยแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หรือสาร เสพติด
อาการแรกเริ่ม	พบผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยเดินได้เอง ผู้ป่วยเพศ หญิง วัยสูงอายุ รูปร่างลักษณะตัวเตี้ยผอม สี ผิวดำแดง ลักษณะท่าทางเฉยเมย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม สีหน้าเรียบเฉย สภาพทั่วไปของ ร่างกายสะอาด การแต่งกายเรียบร้อย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีแต่คิดและพูดช้า จำ วัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ สัม ชื่อลูกหลานในครอบครัวที่อยู่ด้วยบางคน มี ความสนใจต่อแขกที่มาเยือนดี พฤติกรรมของ ผู้ป่วยเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/63 มิลลิเมตร ปรอท น้ำหนัก 38 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร BMI 18.32 (ผอม) พบว่ามีการทำงานของไตผิดปกติ และมี ภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 4 ประเมินภาวะสมอง เสื่อมด้วย IQCODE คะแนน 4.375 (ค่าปกติ ≥3.7) TMSE=12 (ค่าปกติ ≤23) NPI =12 (ค่า ปกติมีอาการมากกว่า 1 ข้อ) ADL =11/20 (มี ภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน) ประเมินภาวะ ซึมเศร้าด้วย 9 Q ไม่สามารถประเมินได้	พบผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยเดินเองไม่ได้ ผู้ป่วย สูงอายุเพศหญิง รูปร่างค่อนข้างผอม สีผิวดำ แดง สีหน้ายิ้มแย้ม การแต่งกายเรียบร้อย ยินดี สนทนากับผู้อื่น ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้แต่ตอบ ไม่ตรงคำถาม และพูดประโยคสั้นๆ จำวัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ จำชื่อลูกสาว ผู้ดูแลได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 76 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/72 มิลลิเมตร ปรอท น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 18 (ค่อนข้างผอม) ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการประเมินภาวะ สมองเสื่อมด้วย IQCODE=4.25 (ค่าปกติ ≥3.7) TMSE=12 (ค่าปกติ ≥23) NPI =3 (ค่าปกติมี อาการมากกว่า 1 ข้อ) ADL =6/20 (มีภาวะ พึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 Q ไม่สามารถประเมินได้

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับ
การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในประเด็นแบบแผนสุขภาพ
พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน
จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รายละเอียด
ดังนี้



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 92 ปี รูปร่างเตี้ยผอม การศึกษาชั้นประถมปีที่4 มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระดับ4 รับประทานยาและฉีดยาต่อเนื่องประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวานและเสียชีวิตด้วยโรคไตวาย ไม่พบประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม ชอบทำอะไรซ้ำๆ ชอบขอมเงิน หลงทางกลับบ้านไม่ถูก ชอบทะเลาะกับลูก บ่นว่าคนเดียว ชอบหม่ำข้าว เป็ดน้ำไว้แล้วลืมปิด ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว มีประวัติหกล้ม ปฏิเสธการดื่มสุรา/สูบบุหรี่	1.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 89 ปี รูปร่างค่อนข้างผอม การศึกษาชั้นประถมปีที่4 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำ ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ/โรคสมองเสื่อม มีประวัติหลงลืม เคยช่วยงานลูกได้ ปัจจุบันทำไม่ได้แล้ว อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม ชอบพับผ้าทุกวัน รับประทานอาหารทั้งวัน รับประทานอาหารเช้าแต่จำไม่ได้ว่ารับประทาน จำลูกสาวผู้ดูแลได้ ถามตอบได้แต่ช้าและสื่อสารไม่ตรงคำถาม ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยรายที่1 เพศหญิง อายุ 92 ปี รูปร่างผอม มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวายจากการศึกษาพบว่าเพศหญิง สูงอายุ ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไม่ครบ5 หมู่ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในสังคมน้อย เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง สูงอายุ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกายน้อย การมีส่วนร่วมในสังคมน้อย ระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม -จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ อายุ โรคเรื้อรัง ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกาย การมีส่วนร่วมในสังคม รูปแบบการรับประทานอาหาร
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง พบผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง รูปร่างผอม เดินไปมาได้เอง เดินเซบางครั้ง ทำทางเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สีหน้าเรียบเฉย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีแต่คิดและพูดช้า จำวัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ ลืมชื่อลูกหลานในครอบครัวที่อยู่ด้วยบางคน มีความสนใจต่อแขกที่มาเยือนดี ชอบขอมเงิน รับประทานอาหารเช้าแล้วบอกไม่ได้รับประทาน จำชื่ออาหารที่รับประทานไม่ได้ มักจะมีความขัดแย้งกับลูกสาวบ่อยๆ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บางอย่าง เช่น รับประทานอาหารเช้าแต่ต้องมีคนเตรียมให้ ล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม ใส่เสื้อผ้าทำได้เองโดยต้องเตรียมให้และกระตุ้นบางครั้ง การ	2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง พบผู้ป่วยในชุมชน ผู้สูงอายุ เพศหญิงรูปร่างค่อนข้างผอม รู้สึกตัวดี เดินเองไม่ได้ต้องมีคนพยุงให้เดิน นั่งอยู่บนเตียง สีหน้ายิ้มแย้ม พูดเสียงเบา ถามตอบไม่ตรงคำถาม พูดช้า บอกยังไม่รับประทานอาหารเช้าอาหารคาวหวานวางอยู่ต่อหน้า จำชื่ออาหารไม่ได้ ไม่รู้วันเวลา รู้แต่ว่าเป็นบ้านของตนเอง นั่งพับผ้า จำชื่อลูกสาวผู้ดูแลได้ ไม่มีปัญหาการนอนไม่มีอาการอะอະไววาย ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บางอย่างเช่น รับประทานอาหารเช้า ล้างหน้าแปรงฟัน ฯลฯ โดยทุกอย่างต้องมีคนเตรียมให้ กระตุ้นให้ทำและคอยช่วยเหลือ ลูกสาวเป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว ตรวจร่างกายสัญญาณชีพปกติ ตรวจMotor power grade 4 ทั้งสองข้าง	-จะเห็นได้ว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งสองมีอาการไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่1 สามารถเดินไปมาได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าผู้ป่วยรายที่สอง มีความรู้คิดมากกว่าผู้ป่วยรายที่สอง ยังมีปัญหาออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบโต้เถียงกับลูกสาว หงุดหงิด ชอบอยู่คนเดียวบางครั้ง ชอบทำพฤติกรรมย้ำๆได้แก่ หม่ำข้าว เป็ดน้ำ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยรายที่2 ไม่สามารถเดินไปมาในบ้านได้ต้องมีคนช่วยพยุง อารมณ์ดี มีอาการหลงลืม จำลูกสาวได้คนเดียว ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้ง ทำกิจวัตรประจำวันเองได้น้อย เช่น รับประทานอาหารเช้า ลูกสาวเตรียมให้หรือช่วยป้อน ชอบบอกยังไม่รับประทานอาหารเช้า จำชื่ออาหารไม่ได้ ชอบทำพฤติกรรมย้ำๆได้แก่ พับผ้า รับประทานอาหารทั้งวัน ไม่รู้จักอ้อม ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคที่ผู้ป่วยทั้งสองรายได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารในอดีต พฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในสังคม โรคเรื้อรัง ไม่พบประวัติป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวไม่พบประวัติป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวไม่พบประวัติ



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ขับถ่ายควบคุมไม่ได้เป็นบางครั้ง ขอบอกนอกบ้านแล้วหลงทางกลับบ้านไม่ถูก ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ขอบริ่งรำทำเพลง ไม่ชอบฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ ตรวจร่างกายสัญญาณชีพปกติตรวจMotor power grade 4 ทั้งสองข้าง ประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมองเสื่อม พบมีภาวะสมองเสื่อม ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL=11/20 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภาวะสมองเสื่อม	ประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมองเสื่อม พบมีภาวะสมองเสื่อม ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL=6/20 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	
3.การรักษา Folic acid 5 mg 1xO pc Simvastatin 20 mg 1xOhs Sodamint 300 mg 1x2Opc Mixtrad 30/70 100 iu/ml ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 4 ยูนิตก่อนอาหารเช้า Calcium carbonate 1000 mg 1เม็ดพร้อมอาหารเช้า Feros fumarate 200mg 1x2Opc	3.การรักษา Folic acid 5 mg 1xO pc vitB .complex1tab Obid Amlodipine 5 mg 1xO OD	-จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่1 ได้รับการรักษาโรคเบาหวานและไตวาย ส่วนภาวะสมองเสื่อมรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ Folic acidช่วยเจริญอาหาร แก้อาการอ่อนเพลีย ป้องกันภาวะซีด โลหิตจาง โรคอัลไซเมอร์ โรค NCDs เป็นต้น Simvastatin ใช้ลดระดับไขมันในเลือด ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง Sodamint ใช้รักษาภาวะเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิซึม (metabolic acidosis) Mixtrad ใช้รักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ Calcium carbonate ช่วยควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตวายได้ดี Feros fumarate ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดแดงเป็นไปอย่างปกติ และทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ส่วนต่างๆของร่างกายได้ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเหมือนผู้ป่วยรายที่1 คือ Folic acidช่วยเจริญอาหาร แก้อาการอ่อนเพลีย ป้องกันภาวะซีด โลหิตจาง ยาที่ได้รับไม่เหมือนรายที่1 ได้แก่ วิตามินบีรวม ช่วยบำรุงร่างกายและเจริญอาหารและยาลดความดันโลหิต
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง 2. มีพฤติกรรมทำซ้ำๆเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 3 .ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ไม่สนใจเฉยเมย	4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง (activities of daily living) 2. มีพฤติกรรมทำซ้ำๆ(Compulsive behavior)เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 3. มีปัญหาด้านการรู้คิดบกพร่อง	จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันมีข้อที่แตกต่างกันคือ รายที่ 1 พบปัญหาใจไม่สนใจเฉยเมยชอบนั่งอยู่คนเดียว มีความขัดแย้งกับลูกสาวเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด บ่น ตำ หรือพูดคนเดียว ไม่ปฏิบัติตามคำบอกของลูกสาว ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเคยมีประวัติหกล้ม มีอาการวิงเวียน เดินเซบางครั้ง นอกจากนั้นยังมีปัญหาเสี่ยงต่อการสูญหาย



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
4. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 6. เสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก 7. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 8. ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการและแผนการรักษา	4. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 5. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 6. ญาติผู้ดูแลมีภาวะ Caregiver burden, stress and stigma	เพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ผู้ป่วย ชอบขอเงิน แล้วเดินไปซื้อของที่ร้านค้า แล้วจำทางกลับบ้านไม่ได้ เคยมีประวัติออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 อารมณ์ดีไม่หงุดหงิด ไม่บ่น ไม่ด่า และไม่ทะเลาะกับลูกสาว นั่งอยู่บริเวณที่ลูกจัดให้ทั้งวัน มีผ้าให้พับจะนั่งพับผ้าทั้งวัน รับประทานอาหารทั้งวัน ไม่สามารถเดินได้เอง จากการประเมิน ADL ผู้ป่วยรายที่1ADL=11/20 รายที่ 2 ADL=6/20 เป็นผู้สูงอายุอายุติดบ้านที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ต้องดูแลตลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน
5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ จำชื่อตัวเองและลูกสาวได้ ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว มักจะทะเลาะกับลูกสาว ชอบบ่น ด่า คนเดียว สีหน้าเรียบเฉย ชอบหม่ำข้าว เปิดน้ำทิ้งไว้แล้วลืมปิด ชอบขอเงิน ชอบออกไปซื้อของแล้วกลับบ้านไม่ถูก อารมณ์ดีสีหน้ายิ้มแย้มถ้ามีเพื่อนบ้านมาพูดคุยด้วย ชอบมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม เช่นออกกกำลังกาย ร้องรำทำเพลง ไม่ชอบฟังวิทยุ ไม่ดูโทรทัศน์ รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีคนเตรียมให้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่บางครั้งลืมต้องคอยกระตุ้น เช่น การอาบน้ำ	5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จำชื่อตนเองและลูกสาวได้ ลืมวัน เวลา สถานที่ อยู่กับลูกสาวตลอดเวลา ไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนเองได้ อารมณ์ดียิ้มแย้มแจ่มใส ไม่หงุดหงิดไม่บ่นหรือด่า ลูกสาวผู้ดูแลไม่มีความขัดแย้งกับผู้ป่วย นั่งพับผ้า/รับประทานอาหารได้ทั้งวัน ไม่รู้จักอ้อม บอกชื่ออาหารไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางอย่าง เช่น รับประทานอาหาร คำเล็กๆ รับประทานอาหาร ลูกสาวกลัวผู้ป่วยไม่ยอมจะช่วยป้อน ล้างหน้าแปรงฟันได้ โดยลูกสาวต้องคอยกระตุ้น เคลื่อนไหวในบ้านเองไม่ได้ ขึ้นลงบันได	-วางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตาม Care plan ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ ประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ ประยุกต์ใช้โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (RDAD)ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข มีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม เช่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ Care giver,Family care giver ฯลฯ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระ ลดความตึงเครียดและเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสื่อมของสมองให้ได้นานที่สุด

จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีการนำทฤษฎีทางการพยาบาล โดยนำทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประเมินปัญหาของผู้ป่วยและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม วางแผนการดูแลจนกระทั่ง จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ร่วมทำกิจกรรมทางกาย ได้ทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข ได้พบปะผู้คนมากขึ้น ผ่อนคลายความตึงเครียดของผู้ป่วย ลดความเหนื่อยล้า

และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล การให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลือทางสังคม การดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัว เสริมพลังแก่ญาติและผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย พร้อมสนับสนุน ให้ Care giver ในชุมชน ให้เข้ามาช่วยดูแล ดึงชุมชนหรือองค์กรมาร่วมดูแลและสนับสนุนจนทำให้ผู้ป่วยได้เข้าระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ได้รับการดูแลในเรื่องอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องทำให้ชะลอความเสื่อมของสมองผู้ดูแล ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต

อยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนสามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองตามอัตภาพได้

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยากและแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถของสมองด้านต่างๆไปทีละน้อย จนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเน้นไปในเรื่องการจัดการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลโรคร่วม ความปลอดภัย และการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป⁶ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางรายประสบปัญหาเรื่องเดียวกัน แต่ไม่อาจแก้ไขปัญหได้ด้วยวิธีเดียวกัน จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ครอบครัว เกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป จัดเป็นงานที่ยากและท้าทายสำหรับพยาบาล พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ (educator) เป็นที่ปรึกษา (Consultant) ถ่ายทอดเทคนิคต่างๆในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติผู้ดูแล (Coaching and Guidance) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (empowerment) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (clinical outcomes) คือไม่เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขทั้งสองฝ่าย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการพยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย สามารถส่งต่อข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพใน

ชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสามารถนำกระบวนการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกรายในชุมชนเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจาก บุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้

3. ให้ความสำคัญในการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก แก่สมาชิกในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านการป้องกันการเกิดโรคและประเมินอาการเบื้องต้นด้วยตนเองได้

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ มีการกำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

5. การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ญาณิศา ดวงเดือน.(2562).พยาบาลกับการส่งเสริมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ Nurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults.กรุงเทพฯ:สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.
2. รัชชัย กฤษณะประกรกิจ , แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง และ นฤปดินทร์ รอดปั้น.(2565).การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินดิง จำกัด.
3. นิพนธ์ สันทรัพย์, จินวรัตน์ จันตรา และ บุผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.



- 4.นภาพร เพ็ชรสอน.(2561).คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพฯ:โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 5.นิพนธ์ภัทร สีนทรัพย์, จินวัตร จันครา และ บุผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
- 6.ปิติพร สิริทิพากร.(2564).กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: แผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมA Case Study: Holistic nursing care plans for dementia.กรุงเทพฯ: โครงการตำราคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .
- 7.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ.(2561).แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- 8.พิสมัย วรรณขาม ,สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนระชา .(2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์).
- 9.ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลภ.(2564).ภาวะสมองเสื่อม.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
- 10.อาทิยา สุวรรณ.(2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมRole of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- 11.มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563).ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 12.มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563).คู่มือโปรแกรมThai-RDAD protocol.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 13.ศิริณี ศรีหาคาก และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.(2565).สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 14.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส.
- 15.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2562).แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ.นนทบุรี:อีส ออิกส์ จำกัด.
- 16.สุทิศาปิทยาณ.(2562).คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์.โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.<https://hdmall.co.th/pharmacies-chat/drug-simvastatin>
- 17.Examination-Thai(MMSE Thai)2020 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) for Screening Older Persons with Dementia.Retrieved from Nonthaburi.
- 18.Azamai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guideline for the management of behavioural and psychological symptoms. Aging Res Rev 2012;11(1);78-86.
- 19.Linda Teri, Susan M. McCurry, and Rebecca G. Logsdon. Reducing Disability In Alzheimer' Disease (RDAD): A Manual for Coaches.(2013). University of Washington School of Nursing Department of Psychosocial & Community Health Seattle, Washington 98115-2053.