



แผนการพัฒนารายบุคคลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปีการศึกษา 2568

1. ชื่อ-นามสกุล นางนงนุช เหล่าโกสิน
2. ความเชี่ยวชาญของอาจารย์ การพยาบาลผู้สูงอายุ
3. หน่วยบริการในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล หอผู้ป่วยใน สถาบันบำราศนราดูร
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 – 30 มิถุนายน 2569
5. เรื่อง การป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
6. เลือกรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ( )
  - ( ) 1. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรงโดยปฏิบัติเองหรือปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Nurse practitioner: NP) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APN) พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ มี case load ในหน่วยบริการสุขภาพ
  - ( ) 2. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจ
  - ( ✓ ) 3. ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน
  - ( ) 4. ปฏิบัติการให้บริการ ในหน่วยงาน หรือ PCU โดยการนำนวัตกรรม นำ Evidence based practice ไปใช้
  - ( ) 5. พัฒนารูปแบบการบริการให้แก่ผู้รับบริการในรูปแบบของการวิจัยร่วมกับฝ่ายบริการและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - ( ) 6. ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแหล่งบริการ

7. แผนการดำเนินการ

เรื่องที่จะไป ปฏิบัติการ พยาบาล (Faculty Practice)	ผลลัพธ์/เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน			
	กลุ่มประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อ กลุ่มประชากร เป้าหมายของหน่วย บริการ	ใคร (Who) (APN/ รายชื่อหน่วยงาน)	ทำอะไร/ อย่างไร (What/How) [ใช้ขั้นตอน Evidence Based Practice] (Soukup, 2000) หรือ PDCA	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
การป้องกัน ภาวะการรู้คิด บกพร่องระยะ เริ่มต้นและการ ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม	ผู้สูงอายุที่เข้ารับ การรักษาใน สถาบันบำราศ นราทร จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ 1. หอผู้ป่วย ศัลยกรรม 5/4 2. หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 5/5 3. หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 7/6	- ผู้สูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมและ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้รับการประเมิน การรู้คิดด้วยแบบ ประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 - ผู้สูงอายุที่มีผล ประเมินการรู้คิด ปกติ ได้รับคำแนะนำ การป้องกันภาวะการ	1. นางสาวฉัตรฐภรณ์ กอสกุลศิริบุรณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย 5/4 2. นางสาวภุชชัชชา เวียสุวรรณ หัวหน้าหอผู้ป่วย 5/5 3. นางสาวเสาวณี พิมพ์หล่อ หัวหน้าหอผู้ป่วย 7/6	<b>แนวทางการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการ ป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นของ ผู้สูงอายุตามกระบวนการ PDCA</b> <b>1. Plan (วางแผน)</b> 1.1 ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยวิเคราะห์จุดแข็ง และจุดที่ต้องพัฒนาในการป้องกันภาวะการรู้คิด บกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุและการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม 1.2 วางแผนกับพยาบาลในหอผู้ป่วย 5/4, 5/5, 7/6 ในการป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะ เริ่มต้นในผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมอง เสื่อม 1.3 กำหนดเป้าหมายการแผนจำนวน 3 ประเด็น 1) การคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องใน ผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วย	- หอผู้ป่วย ศัลยกรรม 5/4 สถาบันบำราศ นราทร - หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 5/5 สถาบัน บำราศนราทร - หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 7/6 สถาบัน บำราศนราทร	1 กรกฎาคม 2568 – 30 มิถุนายน 2569

เรื่องที่จะไป ปฏิบัติการ พยาบาล (Faculty Practice)	ผลลัพธ์/เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน			
	กลุ่มประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อ กลุ่มประชากร เป้าหมายของหน่วย บริการ	ใคร (Who) (APN/ รายชื่อหน่วยงาน)	ทำอะไร/ อย่างไร (What/How) [ใช้ขั้นตอน Evidence Based Practice] (Soukup, 2000) หรือ PDCA	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
		<p>รู้คิดบกพร่องระยะ เริ่มต้น</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีผล ประเมินการรู้คิด บกพร่องระยะเริ่มต้น และญาติได้รับ คำแนะนำการ ป้องกันภาวะสมอง เสื่อม</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีผล ประเมินการรู้คิดและ มีแนวโน้มเป็นโรค สมองเสื่อม ได้รับ การรายงานแพทย์</p>		<p>2) ให้คำแนะนำในการป้องกันภาวะการรู้คิด บกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำ ญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p> <p>3) การทำวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะการ รู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p>		
				<p>2. Do (ปฏิบัติ)</p> <p>2.1 คัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ในผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ Mini-cog, TMSE, MMSE</p> <p>2.2 วิเคราะห์ปัญหาในการเกิดภาวะการรู้คิด บกพร่องระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล</p> <p>2.3 ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติในการดูแล และการป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะ เริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>2.4 ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมอง เสื่อม</p>		

เรื่องที่จะไป ปฏิบัติการ พยาบาล (Faculty Practice)	ผลลัพธ์/เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน			
	กลุ่มประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อ กลุ่มประชากร เป้าหมายของหน่วย บริการ	ใคร (Who) (APN/ รายชื่อหน่วยงาน)	ทำอะไร/ อย่างไร (What/How) [ใช้ขั้นตอน Evidence Based Practice] (Soukup, 2000) หรือ PDCA	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
		เจ้าของไข้ เพื่อรับ การตรวจวินิจฉัยจาก แพทย์เฉพาะ ทางด้านอายุรกรรม ประสาท		<p>2.5 เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น และผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p> <p>2.5 บันทึกกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อเรียนรู้และพัฒนาเป็นกรณีศึกษา</p> <p>2.6 พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>2.7 เข้าร่วมการอบรมและประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้</p> <p><b>3.Check (ตรวจสอบ):</b></p> <p>3.1 ทบทวนความก้าวหน้าตามเป้าหมาย</p> <p>3.2 รวบรวมผลลัพธ์ตามเป้าหมาย</p> <p>3.3 ประเมินผล</p> <p>3.4 รับฟังข้อเสนอแนะจากพยาบาลจากหอผู้ป่วยครอบครัว ผู้สูงอายุ และสมาชิกในสาขา</p> <p><b>4. Act (ปรับปรุง):</b></p>		

เรื่องที่จะไป ปฏิบัติการ พยาบาล (Faculty Practice)	ผลลัพธ์/เป้าหมาย		แนวทางการดำเนินงาน			
	กลุ่มประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อ กลุ่มประชากร เป้าหมายของหน่วย บริการ	ใคร (Who) (APN/ รายชื่อหน่วยงาน)	ทำอะไร/ อย่างไร (What/How) [ใช้ขั้นตอน Evidence Based Practice] (Soukup, 2000) หรือ PDCA	ที่ไหน (Where)	เมื่อไร (When)
				4.1 นำผลการประเมินมาปรับปรุง โดยการปรับ แผนการพัฒนาตามความเชี่ยวชาญของตนเองตาม ข้อเสนอแนะ 4.2 เพิ่มเติมความรู้และทักษะ 4.3 พัฒนาผลงานวิจัย/ นวัตกรรม 4.4 วางแผนการพัฒนาในระดับที่สูงขึ้น		

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริง และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์  
(Faculty practice) ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....  .....ผู้ปฏิบัติการพยาบาล  
(นางนฤมล เหล่าโกสิน)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(นางสาวสุจิรา วิเชียรรัตน์)

ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬารัตน์ ห้าวหาญ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



บันทึกผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice) รายบุคคล

สาขาวิชาการพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ปีการศึกษา 2568

1. ชื่อ-นามสกุล .....นางนฤมล เหล่าโกสิน.....
  2. ความเชี่ยวชาญของอาจารย์.....การพยาบาลผู้สูงอายุ.....
  3. หน่วยบริการในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล.... หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 5/5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 7/6 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5/4 สถาบันบำราศนราทร
  4. ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล..... มิถุนายน 2568-พฤษภาคม 2569.....
  5. ชื่อเรื่องของการไปการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล การป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- ตารางสรุปผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
4 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)	- แผนการปฏิบัติงานการ พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการ ป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่อง ระยะเริ่มต้นและการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม - พยาบาลได้รับความรู้เรื่องภาวะ สมองเสื่อมและการพยาบาล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต่างๆ	- พบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์และแนวทางการปฏิบัติการ พยาบาลของอาจารย์ - ทบทวนความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม และการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะต่างๆ แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย - ทบทวนการประเมินการรู้คิดด้วยแบบ ประเมิน TMSE, MMSE-Thai 2002,	- พยาบาลได้รับการทบทวนความรู้เรื่องภาวะสมอง เสื่อมและการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต่างๆ - พยาบาลได้ฝึกการประเมินการรู้คิดด้วยแบบประเมิน TMSE, MMSE-Thai 2002, MoCA - มีการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาในการคัด กรองภาวะการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ - ร่วมกับพยาบาลในการวางแผนการปฏิบัติงานการ พยาบาล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะ

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
		<p>MoCA เพื่อฝึกการคัดกรองภาวะการรู้คิด (Cognitive) แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาในการคัดกรองภาวะการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาต่างๆ</li> <li>- ร่วมกับพยาบาลในการวางแผนการปฏิบัติงานการพยาบาล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและศึกษาข้อมูลทฤษฎีภูมิ เพื่อร่วมหาแนวทางในการประเมินการรู้คิดและการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</li> </ul>	<p>สมองเสื่อมของผู้สูงอายุ มีการหาแนวทางในการประเมินการรู้คิดและการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p>
<p>5 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)</p>	<p>- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะการประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุและการให้การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนว</li> </ol>

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วุดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ ตามปัญหาที่พบ</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> </ul>	<p>ทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา แนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</p>
8 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)	- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะ การประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามปัญหาที่พบ (รายใหม่)</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายใหม่)</li> <li>- ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ (รายเดิม)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อ</li> </ol>

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายเดิม)</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> </ul>	<p>การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา แนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>4. ผู้สูงอายุ (รายเดิม) ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่พบ</p> <p>5. ญาติ/ ผู้ดูแล (รายเดิม) ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p>
<p>11 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)</p>	<p>- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะการประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ ตามปัญหาที่พบ</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา</li> </ol>

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วุดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
			แนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้ คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ
12, 14 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง) (วันละ 7 ชั่วโมง x 2 วัน = 14 ชั่วโมง)	- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะ การประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ	- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อ ประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อม - ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบ ประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA - บันทึกข้อมูลการประเมิน - ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมตามปัญหาที่พบ (รายใหม่) - ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม (รายใหม่) - ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ (รายเดิม) - ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติใน การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายเดิม) - เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาล ในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะ สมองเสื่อม	1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมิน การรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้ คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกัน ภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ 2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับ การแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำ ทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรค ประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนว ทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่อง ระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ 3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและ ระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบ ประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา แนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้ คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ 4. ผู้สูงอายุ (รายเดิม) ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่พบ

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วุดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
			5. ญาติ/ ผู้ดูแล (รายเดิม) ได้รับการประเมินความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
18 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)	- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะ การประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อ ประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อม</li> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบ ประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมระยะต่างๆ ตามปัญหาที่พบ</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาล ในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะ สมองเสื่อม</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมิน การรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้ คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกัน ภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับ การแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำ ทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรค ประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนว ทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่อง ระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</li> <li>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและ ระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบ ประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา แนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้ คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</li> </ol>
19, 21 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)	- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะ การประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อ ประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของ</li> </ul>	1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมิน การรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
(วันละ 7 ชั่วโมง x 2 วัน = 14 ชั่วโมง)	และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ	<p>ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามปัญหาที่พบ (รายใหม่)</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายใหม่)</li> <li>- ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ (รายเดิม)</li> <li>- ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายเดิม)</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> </ul>	<p>คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษานำมาให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>4. ผู้สูงอายุ (รายเดิม) ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่พบ</p> <p>5. ญาติ/ ผู้ดูแล (รายเดิม) ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p>
24 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง)	- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะ การประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ	- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อ ประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อม	1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วุดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ ตามปัญหาที่พบ</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> </ul>	<p>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษาแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</p>
<p>25, 28 กุมภาพันธ์ 2569 (8-16 น.) (.....7.....ชั่วโมง) (วันละ 7 ชั่วโมง x 2 วัน = 14 ชั่วโมง)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะการประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุและการให้การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะต่างๆ</li> <li>- พยาบาลได้รับ “แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาล” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินผู้สูงอายุร่วมกับพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- ประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน Mini-Cog และ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 หรือ MoCA</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมิน</li> </ul>	<p>1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำทำการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนว</p>

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ/ วดป/ เวลา	ผลลัพธ์ของหน่วยบริการ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) หรือ Consultation กับพยาบาล	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
	ภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามปัญหาที่พบ (รายใหม่)</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายใหม่)</li> <li>- ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ (รายเดิม)</li> <li>- ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (รายเดิม)</li> <li>- เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย กรณีพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม</li> <li>- สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์</li> <li>- ส่งต่อข้อมูลการประเมินการรู้คิดและสรุปแนวทางการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ รวม 44 ราย</li> <li>- มอบ “แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาล”</li> </ul>	<p>ทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ได้รับการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษานำให้ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>4. ผู้สูงอายุ (รายเดิม) ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่พบ</p> <p>5. ญาติ/ ผู้ดูแล (รายเดิม) ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p>

6. รวมชั่วโมงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ ...84... ชั่วโมง

## 7. บรรลุตามเป้าหมาย

 บรรลุ ไม่บรรลุ ระบุเหตุผล.....

## 8. การนำผลลัพธ์/ องค์ความรู้/ แนวปฏิบัติที่เป็นผลจากการปฏิบัติ Faculty practice ไปใช้

องค์ความรู้ใหม่ ชื่อ แนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ

การใช้ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

 การเรียนการสอนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ นักศึกษาปี 3 ปีการศึกษา 2569

วางแผนให้นักศึกษาทำการประเมินการรู้คิดในผู้สูงอายุกรณีศึกษาทุกราย และนำแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

 การวิจัย

วางแผนการทำวิจัยร่วมกับสถาบันบำราศนราดูร เรื่อง “การศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันเพื่อป้องกันการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ”

ในปี พ.ศ.2569-2570

 การบริการวิชาการ ระบุ.....

ผลการนำไปใช้ .....

## 9. ภาคผนวก (ผลงาน เช่น นวัตกรรม แนวปฏิบัติ เป็นต้น)

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริง และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลของ  
อาจารย์ (Faculty practice) ดังเอกสารแนบ

ลงชื่อ.....  .....ผู้ปฏิบัติการพยาบาล  
(นางนฤมล เหล่าโกสิน)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(นางสาวสุจิรา วิเชียรรัตน์)

ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬารัตน์ ห้าวหาญ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

## ตารางสรุปการคัดกรองการรู้คิดผู้สูงอายุ

สถานที่ สถาบันบำราศนราดูร ใน 3 หอผู้ป่วย ดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 5/5
- 2) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 7/6
- 3) หอผู้ป่วยศัลยกรรม 5/4

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมินการรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
1	หญิง	73	ประถมศึกษา	MMSE 26 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2	ชาย	69	ปริญญาตรี	TMSE 29 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3	หญิง	69	ปริญญาตรี	TMSE 25 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4	ชาย	63	ปริญญาตรี	TMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5	ชาย	83	ประถมศึกษา	MMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
6	ชาย	69	อนุปริญญา	TMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
7	หญิง	82	ประถมศึกษา	TMSE 21 คะแนน	อาจมีความผิดปกติของการรู้คิด (Cognitive impairment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน</li> <li>- พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุ</li> <li>- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรู้คิดบกพร่องในประเด็นต่อไปนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ</li> <li>2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย</li> <li>3. การกระตุ้นสมองและกิจกรรมทางปัญญา</li> <li>4. โภชนาการและอาหาร</li> <li>5. การนอนหลับที่มีคุณภาพ</li> <li>6. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต</li> </ol> </li> </ul>

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						7. การดูแลสุขภาพหูและตา
8	ชาย	90	ไม่ได้เรียนหนังสือ	MMSE 16 คะแนน	ปกติ	- ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
9	ชาย	81	ประถมศึกษา	TMSE 17 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA - ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า - ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หา สาเหตุ และให้การรักษา - ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน - ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้ 1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม 2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง 5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร 6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
10	ชาย	75	ปริญญาตรี	MoCA 25 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
11	หญิง	78	ประถมศึกษา	TMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
12	ชาย	76	ปริญญาตรี	MoCA 28 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
13	ชาย	68	ปริญญาตรี	MMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
14	ชาย	84	ประถมศึกษา	TMSE 22 คะแนน	อาจมีความผิดปกติ ของการรู้คิด	- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน - พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุ

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
					(Cognitive impairment)	- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรู้คิดบกพร่องในประเด็นต่อไปนี้ 1. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย 3. การกระตุ้นสมองและกิจกรรมทางปัญญา 4. โภชนาการและอาหาร 5. การนอนหลับที่มีคุณภาพ 6. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต 7. การดูแลสุขภาพหูและตา
15	ชาย	70	ปริญญาตรี	MMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
16	หญิง	77	ไม่ได้เรียนหนังสือ	MMSE 10 คะแนน	อาจมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA - ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า - ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา - ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน - ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้ 1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม 2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง 5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร 6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
17	หญิง	87	ประถมศึกษา	TMSE 23 คะแนน	อาจมีความผิดปกติ ของการรู้คิด (Cognitive impairment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน</li> <li>- พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุ</li> <li>- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรู้คิดบกพร่องในประเด็นต่อไปนี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ</li> <li>2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย</li> <li>3. การกระตุ้นสมองและกิจกรรมทางปัญญา</li> <li>4. โภชนาการและอาหาร</li> <li>5. การนอนหลับที่มีคุณภาพ</li> <li>6. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต</li> <li>7. การดูแลสุขภาพหูและตา</li> </ol>
18	ชาย	84	ประถมศึกษา	TMSE 10 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA</li> <li>- ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา</li> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม</li> <li>2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง</li> </ol>

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร 6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
19	ชาย	64	อนุปริญญา	TMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
20	ชาย	80	ประถมศึกษา	TMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
21	ชาย	76	ประถมศึกษา	TMSE 5 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA - ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า - ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หา สาเหตุ และให้การรักษา - ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน - ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้ 1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม 2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง 5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร 6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
22	ชาย	80	ประถมศึกษา	TMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
23	หญิง	88	ประถมศึกษา	TMSE 11 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา</li> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม</li> <li>2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง</li> <li>5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร</li> <li>6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</li> <li>7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</li> </ol> </li> </ul>
24	หญิง	71	มัธยมศึกษา ตอนต้น	TMSE 26 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
25	ชาย	72	ประถมศึกษา	TMSE 26 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
26	หญิง	87	ไม่ได้เรียนหนังสือ	MMSE 16 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
27	หญิง	84	ประถมศึกษา	TMSE 24 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
28	หญิง	76	อนุปริญญา	MMSE 22 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
29	หญิง	95	ประถมศึกษา	TMSE 12 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA</li> <li>- ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า</li> </ul>

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา</li> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม</li> <li>2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง</li> <li>5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร</li> <li>6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</li> <li>7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</li> </ol> </li> </ul>
30	ชาย	73	ปริญญาตรี	MoCA 27 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
31	ชาย	83	ประถมศึกษา	TMSE 26 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
32	ชาย	84	ประถมศึกษา	TMSE 25 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
33	ชาย	82	ประถมศึกษา	MMSE 18 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
34	ชาย	84	ไม่ได้เรียนหนังสือ	MMSE 20 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
35	ชาย	68	ปริญญาตรี	MoCA 26 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
36	หญิง	66	ปริญญาตรี	MMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
37	หญิง	68	ปริญญาตรี	TMSE 25 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
38	หญิง	76	ประถมศึกษา	MMSE 17 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
39	หญิง	83	มัธยมศึกษา ตอนต้น	TMSE 16 คะแนน	อาจมีภาวะสมอง เสื่อม (Dementia)	- ประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา</li> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแล ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม</li> <li>2. การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>4. ส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง</li> <li>5. การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร</li> <li>6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</li> <li>7. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</li> </ol> </li> </ul>
40	หญิง	77	ประถมศึกษา	MMSE 14 คะแนน	อาจมีความผิดปกติของการรู้คิด (Cognitive impairment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน</li> <li>- พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุ</li> <li>- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรู้คิดบกพร่องในประเด็นต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ</li> <li>2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย</li> <li>3. การกระตุ้นสมองและกิจกรรมทางปัญญา</li> <li>4. โภชนาการและอาหาร</li> <li>5. การนอนหลับที่มีคุณภาพ</li> <li>6. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต</li> </ol> </li> </ul>

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	การประเมิน การรู้คิด	สรุปผลประเมิน	การพยาบาล/ การให้คำแนะนำ
						7. การดูแลสุขภาพหูและตา
41	ชาย	60	ปริญญาตรี	TMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
42	หญิง	80	ประถมศึกษา	MMSE 18 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
43	หญิง	64	ปริญญาตรี	TMSE 30 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
44	ชาย	73	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	TMSE 28 คะแนน	ปกติ	ประเมินการรู้คิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



## แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาล

อาจารย์ ดร.นฤมล เหล่าโกสิน

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

### 1. หลักการและเหตุผล

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมอง ส่งผลให้ความสามารถด้านความจำ การคิด การเรียนรู้ การใช้เหตุผล การสื่อสาร และการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการดังกล่าวรุนแรงมากกว่าความหลงลืมตามวัย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวม ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในสังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนประชากรสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนต่อปี (WHO, 2025)

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยคาดการณ์ ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 770,000 คน หรือคิดเป็นความชุกประมาณร้อยละ 6.17 ของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยอาจมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 840,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6.49 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามจำนวนประชากรสูงวัย (รัชนี้ หาญสมสกุล และวัฒนา ชยธวัช, 2567) ภาวะสมองเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อม โดยพบประมาณ 60–80% ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการหลงลืม สับสน และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมาก

ภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งตามความรุนแรงของอาการได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย ซึ่งแต่ละระยะมีลักษณะอาการและความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านความจำระยะสั้น ลืมเหตุการณ์หรือสิ่งของบ่อยครั้ง แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจเริ่มมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือสูญเสียความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการดูแลในระยะนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิต การกระตุ้นสมอง และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะกลาง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านความจำและการรับรู้มากขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว เดินไปมา หรือหลงผิด รวมถึงเริ่มมีปัญหาด้านการสื่อสารและการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยในระยะนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่วนในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกือบทั้งหมด ไม่สามารถสื่อสารหรือจดจำบุคคลใกล้ชิดได้ ส่วนใหญ่มักอยู่ในภาวะติดเตียง มีปัญหาการกลืนอาหาร เสี่ยงต่อ

การสำคัญ การติดเชื้อ และแผลกดทับ การดูแลในระยะนี้จึงเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวและผู้ดูแล (Alzheimer's Association, 2026)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุข การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ รวมถึงแนวทางการดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระยะของโรค

## 2. ระยะของภาวะสมองเสื่อมและความต้องการการดูแลในโรงพยาบาล

ภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามเกณฑ์ Clinical Dementia Rating (CDR) ซึ่งแต่ละระยะมีลักษณะทางคลินิกและความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย อันเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาตัวในสถานพยาบาลบ่อยที่สุด

### ระยะเริ่มต้น (Early Stage/ Mild Dementia; CDR = 0.5–1)

ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มมีปัญหาความจำระยะสั้น (Short-term memory impairment) สับสนเรื่องวัน เวลาและสถานที่ มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการการเงิน การวางแผน หรือการเดินทางไปสถานที่ใหม่ๆ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐานได้ (Alzheimer's Association, 2023) ผู้ป่วยมักตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงอาจมีภาวะซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

### ระยะกลาง (Middle Stage/ Moderate Dementia; CDR = 2)

ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความจำและการรับรู้อย่างชัดเจน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยลำพัง และมีอาการทางพฤติกรรมและจิตประสาท (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Alzheimer's Association, 2023)

### ระยะสุดท้าย (Late Stage / Severe Dementia; CDR = 3)

ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกือบทั้งหมด อยู่ในภาวะติดเตียง และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การดูแลในระยะนี้ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (Alzheimer's Association, 2023)

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ทั้งจากอายุที่เพิ่มขึ้น โรคประจำตัวที่ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินการรู้คิดเบื้องต้น โดยอาจประเมินด้วยแบบประเมิน Mini-Cog หากพบความผิดปกติ ทำการประเมินด้วยแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น MoCA, MMSE-Thai 2002, TMSE เป็นต้น หากพบความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่องหรือมีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ควรได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

จากผลการประเมินการรู้คิดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 5/5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 7/6 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5/4 สถาบันบําราศนราดรุร จำนวน 44 ราย ผลการประเมินพบผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จำนวน 4 ราย พบผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 ราย และผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ จำนวน 33 ราย โดยมีแนวทางการดูแลดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ แนะนำให้มีการประเมินการรู้คิดซ้ำทุกปี ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และให้คำแนะนำตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ (นฤมล เหล่าโกสิน, 2568)

2. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น แนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินซ้ำ มีการประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 6 เดือน ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติตามแนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ (นฤมล เหล่าโกสิน, 2568)

3. ผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะสุดท้าย ทำการประเมินการรู้คิดซ้ำด้วยแบบประเมิน MoCA ประเมินอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ความจำระยะสั้น (MIS) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ส่งต่อผลการประเมินกับหอผู้ป่วย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หาสาเหตุ และให้การรักษา ประเมินการรู้คิดซ้ำทุก 3-6 เดือน และให้คำแนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

### 3. ปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะกลางในโรงพยาบาล

ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง (Moderate Dementia) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยที่สุด เนื่องจากมีอาการทางพฤติกรรมที่ซับซ้อน ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่พบในระยะนี้สามารถจำแนกได้เป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้

#### 3.1 ปัญหาการช่วยเหลือตนเองลดลง (Functional Decline)

ผู้ป่วยในระยะกลางมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living; BADL) ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และการขับถ่าย เนื่องจากไม่สามารถจำลำดับขั้นตอนของกิจกรรมได้ (Apraxia) และการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลง การพึ่งพาผู้อื่นที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นสาเหตุสำคัญของภาระในผู้ดูแล (Caregiver burden) และเป็นตัวบ่งชี้ทางคลินิกสำคัญในการวางแผนการดูแลในโรงพยาบาล (Alzheimer's Association, 2023)

#### 3.2 ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตประสาท (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

อาการ BPSD พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางสูงถึงร้อยละ 90 ครอบคลุมอาการหลายกลุ่ม ได้แก่ อาการก้าวร้าว (Agitation/Aggression) หวาดระแวง (Paranoia) หลงผิด (Delusions) ประสาทหลอน (Hallucinations) และเดินวนเวียน (Wandering) โดยอาการดังกล่าวมักรุนแรงขึ้นในช่วงเย็นถึงกลางคืน ซึ่งเรียกว่า Sundowning syndrome เกิดจากการหยุดชะงักของ Circadian rhythm และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อาการ BPSD เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและนำไป

สู่การใช้ยาระงับอาการอย่างไม่เหมาะสม (Canevelli et al., 2016)

### 3.3 ปัญหาด้านการสื่อสาร (Communication Impairment)

ในระยะกลาง ผู้ป่วยมักประสบปัญหาด้านภาษาอย่างชัดเจน ได้แก่ การหาคำพูดไม่เจอ (Anomia) การพูดซ้ำ (Perseveration) และความยากลำบากในการเข้าใจภาษา (Receptive aphasia) ส่งผลให้เกิดความหงุดหงิดและพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล (Alzheimer's Association, 2023) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในบริบทโรงพยาบาลยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรายงานอาการได้อย่างถูกต้อง

### 3.4 ภาวะทุพโภชนาการและปัญหาด้านโภชนาการ (Malnutrition and Nutritional Problems)

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงถึง 57.43% (Emma Perry, Karen Walton, Kelly Lambert, 2023). เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การลืมรับประทานอาหาร การสูญเสียการรับรู้ความหิว/อิ่ม ความยากลำบากในการเคี้ยวหรือกลืน (Dysphagia เริ่มปรากฏในระยะกลาง) และปัญหาด้านพฤติกรรมที่รบกวนการรับประทานอาหาร ภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง แผลหายช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด

### 3.5 ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk and Safety Hazards)

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุปกติประมาณ 2-3 เท่า และประมาณร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเกิดการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่พบประมาณร้อยละ 30 ของประชากรสูงอายุในชุมชน (WHO, 2021) โดยปัจจัยเสี่ยงในบริบทโรงพยาบาล ได้แก่ ความสับสนจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (เช่น ยาระงับอาการ Antipsychotics) ความพยายามลุกจากเตียงโดยไม่มีผู้ช่วย และการลดลงของการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อกับประสาท (Neuromuscular coordination) การหกล้มในโรงพยาบาลนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กระดูกหัก และการบาดเจ็บที่ศีรษะ

## 4. แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะกลางในโรงพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางในโรงพยาบาลควรยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023) และ Alzheimer's Association (2023) โดยครอบคลุม 5 มิติสำคัญ

### 4.1 การจัดการด้านความปลอดภัย (Safety Management)

การป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายความปลอดภัยสำคัญในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล แนวทางที่แนะนำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย

- จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse station) เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังได้อย่างต่อเนื่อง และใช้ระบบ Call bell ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย
- ติดตั้งราวกันเตียงและกลไกล้อล็อกเตียง (Bed rail and wheel lock) เพื่อป้องกันการลุกจากเตียง

โดยไม่ตั้งใจ โดยประเมินความเสี่ยงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น Morse Fall Scale

- ลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น เช่น เสียงดัง แสงจ้า และการเปลี่ยนบุคลากรผู้ดูแลบ่อยเกินไป เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เพิ่มความสับสนและก่อให้เกิด Sundowning syndrome (Canevelli et al., 2016)
- ใช้แสงสว่างระดับต่ำในเวลากลางคืน (Night-light) เพื่อลดความสับสนขณะตื่น ควบคู่กับการปูพื้นกันลื่น (Non-slip flooring) และการนำสิ่งกีดขวางออกจากทางเดิน
- พิจารณาใช้สายรัดป้องกันการตกด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจเพิ่มความกังวลในผู้ป่วยบางราย และควรดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลอย่างเคร่งครัด

#### 4.2 การจัดการอาการ BPSD (Management of Behavioral and Psychological Symptoms)

แนวทาง NICE (2023) และ Alzheimer's Association (2023) แนะนำให้ใช้มาตรการที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmacological interventions) เป็นแนวทางแรก (First-line approach) ก่อนการพิจารณาใช้ยา ดังนี้

- ใช้หลักการสื่อสารเชิงบำบัด (Therapeutic communication) ได้แก่ พูดด้วยน้ำเสียงสงบ อ่อนโยน และชัดเจน สบตาผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการโต้เถียงหรือแก้ไขเมื่อผู้ป่วยสับสน
- ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction/Redirection) เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือหงุดหงิด โดยเปลี่ยนเรื่องพูดหรือนำเสนอกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ
- ใช้การบำบัดด้วยดนตรี (Music Therapy) โดยเปิดเพลงที่มีความหมายต่อผู้ป่วยในระดับเสียงที่เหมาะสม ซึ่งพบว่าช่วยลดอาการ Agitation ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Jing Hu, Ling Xu., 2025)
- ปรับสิ่งแวดล้อมให้มีโครงสร้างที่ปลอดภัย (Structured environment) และรักษาตารางเวลากิจกรรมให้แน่นอน เพื่อลดความสับสนและความวิตกกังวล
- หากจำเป็นต้องใช้ยา ควรใช้ด้วยความระมัดระวังภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากยาในกลุ่ม Antipsychotics มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Mark S. Baron, 2016).

#### 4.3 การดูแลด้านโภชนาการ (Nutritional Care)

การดูแลโภชนาการในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางในโรงพยาบาลต้องอาศัยการประเมินอย่างเป็นระบบ และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) แนวปฏิบัติที่แนะนำ ได้แก่

- ประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น Mini Nutritional Assessment (MNA) และประเมินการกลืนด้วย Swallowing Assessment ก่อนให้อาหารทุกราย
- จัดอาหารที่มีลักษณะเนื้อสัมผัสเหมาะสมตามผลการประเมิน (Texture-modified diet) เช่น อาหารอ่อน เคี้ยวง่าย หรืออาหารบดละเอียด ร่วมกับของเหลวข้นระดับที่เหมาะสม (Thickened liquids) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลัก (Alzheimer's Association, 2023)
- แบ่งอาหารเป็นมื้อเล็กๆ จำนวนหลายมื้อต่อวัน (Small frequent meals) เพื่อเพิ่มปริมาณแคลอรี และสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ
- จัดทำผู้ป่วยให้ศีรษะสูงทำมุม 30–90 องศา (Head-of-bed elevation) ขณะรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกัน Aspiration

- ติดตามน้ำหนักตัว ค่าสัญญาณชีพ และผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin, Pre-albumin อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลโภชนาการ

#### 4.4 การสื่อสารเชิงบำบัดในบริบทโรงพยาบาล (Therapeutic Communication in Hospital Setting)

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในบริบทโรงพยาบาลมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เพิ่มความสับสนและความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย หลักการที่แนะนำประกอบด้วย

- เรียกชื่อผู้ป่วยก่อนเริ่มการสื่อสาร พูดช้า ชัดเจน ใช้ประโยคสั้นๆ และให้ข้อมูลที่ละเอียดเรื่อง หลีกเลี่ยงการพูดในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวน
- ใช้ภาษากาย (Non-verbal communication) อย่างมีสติ เช่น การสัมผัสอย่างอ่อนโยน การพยักหน้า และการแสดงออกทางสีหน้าที่อบอุ่น เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถรับรู้อารมณ์ได้แม้ความสามารถทางภาษาจะลดลง
- ใช้รูปภาพ สัญลักษณ์ หรือบัตรภาพ (Picture cards) เป็นสื่อช่วยในการสื่อสาร โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการด้วยคำพูดได้
- แนะนำให้ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยมักตอบสนองต่อคนใกล้ชิดได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย

#### 4.5 การดูแลด้านจิตสังคมและการสนับสนุนครอบครัว (Psychosocial Care and Family Support)

การดูแลด้านจิตสังคมในโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เช่น การอ่านหนังสือ การพูดคุยเรื่องอดีต หรือการนำของคุ้นเคยมาให้ผู้ป่วย (Reminiscence Therapy) เพื่อลดความสับสนและเพิ่มความรู้สึกปลอดภัย (Woods et al., 2018)
- ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ความคาดหวังที่สมจริง และเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย
- ประเมินและดูแลภาวะเครียดและซึมเศร้าในผู้ดูแล (Family caregiver) ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า โดยพบภาวะซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 30–50 และพบ caregiver burden ในระดับสูงประมาณร้อยละ 40–70 เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Wiegelmann et al., 2021) ดังนั้นควรมีการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล รวมทั้งมีการส่งต่อให้ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

## 5. ปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล

ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe/Late-Stage Dementia; CDR = 3) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างเข้มข้นที่สุด โดยผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร เคลื่อนไหว และช่วยเหลือตนเองเกือบทั้งหมด อยู่ในภาวะติดเตียง (Bedridden) และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายระบบพร้อมกัน ปัญหาหลักที่พบในระยษนี้จำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

### 5.1 ปัญหาการกลืนและความเสี่ยงต่อ Aspiration Pneumonia

ภาวะ Dysphagia หรือความยากลำบากในการกลืน เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางถึงระยะสุดท้าย โดยมีรายงานความชุกสูงประมาณร้อยละ 68–72 และอาจพบได้สูงถึงร้อยละ 93 เมื่อประเมินด้วยเครื่องมือเฉพาะทาง เกิดจากการสูญเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อในการกลืน (Oropharyngeal dysphagia) และการลดลงของการสะท้อน Gag reflex ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Rajati et al., 2022; Chan et al., 2024)

### 5.2 ปัญหาการติดเตียงและแผลกดทับ (Immobility and Pressure Injury)

แผลกดทับ (Pressure Injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่ติดเตียง โดยพบได้ประมาณร้อยละ 12–25 และมีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ (Dewidar, O., et al., 2026) โดยตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ บริเวณก้นกบ (Sacrum) ส้นเท้า และกระดูกสะโพก (Greater trochanter) การเกิดแผลกดทับนำไปสู่ความเจ็บปวด การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และการเสียชีวิต นอกจากนี้ภาวะติดเตียงยังส่งผลให้เกิด Deep vein thrombosis (DVT), ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และการหดตัวของเอ็นกล้ามเนื้อ (Contracture)

### 5.3 การติดเชื้อระบบต่างๆ (Systemic Infections)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อทั้งทางเดินหายใจ (Respiratory tract infection) ทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection; UTI) และในกระแสเลือด (Bacteremia) เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Immunosenescence) การเคลื่อนไหวน้อย และการใส่สายสวนปัสสาวะ (Urinary catheter) รวมถึงการช่วยหายใจ การติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจแสดงอาการไม่ชัดเจน (Atypical presentation) ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า

### 5.4 ปัญหาการสื่อสารและการประเมินอาการปวด (Communication Loss and Pain Assessment)

ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ทำให้การประเมินความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายทำได้ยาก การประเมินด้วยเครื่องมือที่สังเกตพฤติกรรม เช่น PAINAD Scale (Pain Assessment in Advanced Dementia) หรือ Abbey Pain Scale จึงมีความจำเป็น ครอบครัวมักประสบกับความเศร้าโศก (Anticipatory grief) และความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากทีมสหวิชาชีพ

## 5.5 ภาวะใกล้เสียชีวิตและการดูแลระยะท้าย (End-of-Life Care)

สัญญาณที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ของปริมาณปกติ น้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาวะนอนหลับเพิ่มขึ้น และภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure) การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคกับครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) จึงมีความสำคัญสูงสุด

## 6. แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลควรยึดหลัก Palliative Care ซึ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมความสุขสบาย และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยไม่มุ่งเน้นการยืดชีวิต (Life-prolonging treatment) ที่ไม่ก่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย (World Health Organization, 2020) แนวทางปฏิบัติครอบคลุม 5 มิติ ดังนี้

### 6.1 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative and Comfort-Focused Care)

Palliative Care สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายครอบคลุมการดูแลทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามกรอบของ WHO (2020)

- ประเมินและบรรเทาอาการปวดอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น PAINAD Scale หรือ Abbey Pain Scale (Warden et al., 2003) และพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามขั้นบันได WHO Pain Ladder
- ดูแลอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เช่น หายใจลำบาก (Dyspnea) คลื่นไส้ ท้องผูก และปากแห้ง โดยใช้มาตรการทั้งทางยาและไม่ใช้ยา
- ดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ และจัดสภาพแวดล้อมที่สงบและเอื้อต่อการอยู่ร่วมกันของครอบครัว

### 6.2 การป้องกันและดูแลแผลกดทับ (Pressure Injury Prevention and Management)

แนวทางการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายควรดำเนินการตาม National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) Guidelines ดังนี้

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง (Repositioning every 2 hours) โดยจัดท่านอนตะแคง 30 องศา (30-degree tilted side-lying position) เพื่อกระจายแรงกดทับ และบันทึกในแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- ใช้ที่นอนลดแรงกดทับชนิด Pressure-redistributing mattress เช่น ที่นอนลม (Air mattress) หรือ Foam mattress พิเศษ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- ดูแลผิวหนังให้สะอาด แห้ง และชุ่มชื้น โดยใช้ผลิตภัณฑ์ Moisture barrier cream บริเวณผิวหนังที่เสี่ยงต่อความชื้น (Perineal area) และประเมินผิวหนังทุกวันโดยใช้เครื่องมือ Braden Scale

- จัดทำผู้ป่วยให้มีการขยับข้อต่อ (Passive range of motion exercises) อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง เพื่อป้องกัน Contracture และกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด

### 6.3 การดูแลด้านโภชนาการและการกลืนในระยะสุดท้าย (End-of-Life Nutrition and Swallowing Care)

การดูแลโภชนาการในระยะสุดท้ายต้องอยู่บนพื้นฐานของความสุขสบายของผู้ป่วย ไม่ใช่เป้าหมายเชิงโภชนาการ แนวทางปฏิบัติที่แนะนำ ได้แก่

- ประเมิน Dysphagia โดยนักกิจกรรมบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญด้าน Swallowing โดยใช้ Modified Barium Swallow Study (MBS) หรือ Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) ตามความเหมาะสม
- จัดอาหารที่มีเนื้อสัมผัสเหมาะสมและน่ารับประทาน เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร มากกว่าการมุ่งเน้นปริมาณแคลอรีเพียงอย่างเดียว
- จัดทำให้อาหารผู้ป่วยนั่งศีรษะตรงหรือก้มเล็กน้อย (Chin tuck position) ขณะรับประทานอาหารและเฝ้าสังเกตตลอดการให้อาหาร
- การให้อาหารทางสายยาง (Nasogastric tube feeding/ PEG tube) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ไม่แนะนำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ปัจจุบัน เนื่องจากไม่ได้ยืดอายุ ลดความเสี่ยง Aspiration หรือเพิ่มคุณภาพชีวิต และอาจก่อความทุกข์ทรมานเพิ่มเติม ควรนำประเด็นนี้หารือกับครอบครัว ภายใต้หลักจริยธรรมทางการแพทย์

### 6.4 การป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายต้องสมดุลระหว่างการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการไม่ก่อความทุกข์ทรมานเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย แนวทางที่แนะนำ ได้แก่

- ดูแลสุขอนามัยช่องปาก (Oral hygiene) อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากการดูแลช่องปากที่ดีช่วยลดความเสี่ยง Aspiration pneumonia ได้
- ดูแลสายสวนปัสสาวะ (Urinary catheter care) ตามมาตรฐาน CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infection) prevention bundle และพิจารณาถอดสายสวนออกเมื่อไม่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อและเพิ่มความสุขสบาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อมและดูแลความสะอาดบริเวณฝีเย็บอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ เสมหะผิดปกติ ปัสสาวะขุ่น หรือการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
- พิจารณาความเหมาะสมของการให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานของเป้าหมายการดูแล (Goals of care) ที่ตกลงกับครอบครัวแล้ว มากกว่าการให้ยาโดยอัตโนมัติ

## 6.5 การสนับสนุนครอบครัวและการเตรียมพร้อมสำหรับการเสียชีวิต (Family Support and Death Preparation)

### 7. บทสรุป

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลทั้งในระยะกลางและระยะสุดท้ายต้องอาศัยความรู้เชิงวิชาการที่ทันสมัย ทักษะการสังเกตและการประเมินที่แม่นยำ รวมถึงการทำงานอย่างบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในฐานะแกนกลางของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งในด้านการประเมินอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสื่อสารเชิงบำบัด การสนับสนุนครอบครัว และการวางแผนการจำหน่าย การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนยิ่งขึ้นในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

- รัชณี หาญสมสกุล และวัฒนา ชยธวัช. (2567). สถานการณ์ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 47(1), 1–12.
- Alzheimer's Association. (2023). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 19(4), 1598–1695. <https://doi.org/10.1002/alz.13016>
- Alzheimer's Association. (2026). *Stages and Behaviors*. <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L., de Lena, C., & Bruno, G. (2016). Sundowning in dementia: Clinical relevance, pathophysiological determinants, and therapeutic approaches. *Frontiers in Medicine*, 3, 73.
- Chan, C. T. W., Wu, T. Y., & Cheng, I. (2024). A systematic review on dysphagia treatments for persons living with dementia. *European Geriatric Medicine*, 15, 1573–1585.
- Dewidar, O., et al. (2026). Prevalence, risk factors and management of pressure injuries and their implications for palliative care: A rapid overview of reviews. *Palliative Medicine*. 40(1): 21-30. <https://doi.org/10.1177/02692163251393817>
- Emma Perry, Karen Walton, Kelly Lambert. (2023). Prevalence of Malnutrition in People with Dementia in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 15(13): 2927. doi: 10.3390/nu15132927
- Jing Hu, Ling Xu. (2025). The impact of music therapy on agitation in elderly patients with

- dementia: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 140 (2026) 1060458. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106048>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.
- Mark S. Baron. (2016). Antipsychotics and Increased Mortality: Are We Sure?. *JAMA Neurology*. 73(5): 502-504. doi:10.1001/jamaneurol.2016.0213
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline NG97)*. NICE.
- Rajati, F., Ahmadi, N., Naghibzadeh, Z. A., & Kazemini, M. (2022). The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Translational Medicine*, 20, 175.
- WHO. (2025). *Dementia fact sheet*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- WHO. (2021). *Falls Fact Sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- WHO. (2020). *Palliative care fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wiegelmann, H., Speller, S., Verhaert, L. M., Schirra-Weirich, L., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 21, 94.
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001120.