

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 4 / 65 เมื่อวันที่ 20 ก.ค. 65  
เจ้าหน้าที่ 1 คน

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

กรรมการ.....

(น.ศ.ศิริพรธนะ มิตตานนท์)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail elderly)

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เสนอโดย

นางสาวอรชมา ทาวรรณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 24)

กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์



ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail elderly)
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เสนอโดย

นางสาวอรชุนา ทาวรรณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 24)

กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail elderly)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 เดือน 14 วัน (ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้การดำเนินการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน จากครอบครัวและองค์กรที่เกี่ยวข้อง (องค์การสหประชาชาติ, 2555; กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) ร่างกายเกิดการเสื่อมและฝ่อของเซลล์ อวัยวะทำงานเปลี่ยนไป เช่น ผิวหนังแห้ง หยาดกร้าน คัน กล้ามเนื้อหดตัวลง มวลกระดูกลดลง รับรู้รสอาหารเสื่อมลง การบีบตัวของหัวใจและการดูดซึมอาหารลดลง ความสูงลดลง หลังค่อม ปัสสาวะบ่อย ทรงตัวไม่ดี สิวเปลี่ยน เหงื่อกรน ฟันหักง่าย ได้ยินลดลง การรับรสและกลิ่นลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) 2) จิตใจและอารมณ์ เมื่อร่างกายเสื่อมถอย การทำกิจกรรมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียบทบาทและมีพฤติกรรมถดถอยลง (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2558) 3) สถิติปัญญาเกิดจากการสั่งสมความรู้ความชำนาญ หากผ่านปัญหาและอุปสรรคมากจะมีความสุข มีความคิดเชิงเหตุและผลที่นำมาเป็นบทเรียน และชี้แนะบุคคลอื่นได้ (สกุณา บุญนรากร, 2552) 4) พฤติกรรม อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายปรับตัวเพื่อคงสภาพให้สมดุล เมื่อเกิดความเครียดจะปรับตัวหรือเผชิญความเครียดด้วยพฤติกรรมที่แตกต่างกัน 5) การปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากหน้าที่และบทบาทลดลง ยากต่อการปรับตัว ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2558)

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) โรคทางระบบประสาทและสมอง เช่น หลอดเลือดสมองตีบตันและอัลไซเมอร์ 2) หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดแข็งตัวทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3) ภาวะกระดูกเสื่อม 4) โรคตา เช่น ต้อกระจก ต้อหิน 5) เบาหวาน 6) ไตเสื่อม 7) ความดันโลหิตสูง ส่วนปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การทรงตัวไม่สมดุล 2) สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว 3) กลืนปัสสาวะไม่ได้ 4) ความสามารถสติปัญญาบกพร่อง 5) ภาวะทุพโภชนาการ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย มีความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาทำให้เกิดความบกพร่องของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย มีอาการลักษณะเฉพาะชัดเจน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กิจกรรมทางกายต่ำ เดินช้า เหนื่อยง่าย น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจลด ทำให้เหนื่อยง่าย และเบื่อหน่ายร่วมกัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2562)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการเจ็บป่วยและมีโรคร่วม ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเปราะบางที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ คือ พันธุกรรม ส่วนที่เปลี่ยนแปลงได้ คือ สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ การทำกิจกรรม ความพร้อมสะสมทางกาย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ล้วนเร่งให้เกิดภาวะเปราะบางเร็วขึ้น (ประกายมาศ เนตรจันทร์, 2560; รัชชรัชต์ องค์กริเกียรติ, 2561; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

อาการและอาการแสดง ลักษณะเฉพาะที่บ่งชี้ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความอ่อนแรงกล้ามเนื้อเป็นลักษณะเฉพาะที่พบบ่อย ประเมินกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการวัดแรงบีบของมือด้วยเครื่องมือ hand digital dynamometer 2) กิจกรรมทางกายต่ำ ประเมินจากความถี่และระยะเวลากิจกรรมในการทำงานบ้าน ทำสวน ออกกำลังกาย ที่ทำให้เริ่มมีเหงื่อ หรือหายใจเร็วขึ้นแรงขึ้นในแต่ละวันในหนึ่งสัปดาห์ 3) เดินช้า เกิดจากกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง มวลกล้ามเนื้อลดลงหรือข้อเข่าเสื่อม ทำให้เดินช้าลง โดยการทดสอบ Time up and go test 4) ความเหนื่อยล้า รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กระตือรือร้น หงุดหงิดง่าย มีความภูมิใจในตัวเองลดลง ประเมินจากการตอบคำถามภาวะซึมเศร้า (2Q) 5) น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจลดมากกว่า 4.5 กิโลกรัม ในหนึ่งปีที่ผ่านมา หรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (รัชชรัชต์ องค์กริเกียรติ, 2561; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

การวินิจฉัย การซักประวัติและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจลดมากกว่าร้อยละ 5 มีโรคเรื้อรัง มีปัญหากล้ามเนื้อและข้อ การตรวจร่างกาย ซักประวัติกลุ่มอาการผู้สูงอายุและวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบางของ Simple FRAIL questionnaire screening tool 5 ข้อ แต่ละข้อให้ 0-1 คะแนน เมื่อประเมินครบ 5 ข้อ ได้ 3 คะแนน ขึ้นไป วินิจฉัยว่ามีภาวะเปราะบาง ได้ 1-2 คะแนน วินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

ผลกระทบของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว ทำอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม กระจกหัก ต้องนอนโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตได้ 2) ด้านจิตใจ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น วิตกกังวล กลัวเป็นภาระผู้อื่น รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง 3) ด้านสังคม เกิดภาวะพึ่งพา ต้องการดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ (ประกายมาศ เนตรจันทร์, 2560; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

การป้องกันเพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะเปราะบางมีดังนี้ 1) การออกกำลังกายที่เหมาะสม มีเวลา 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เช่น เดินเร็ว วิ่งช้า ๆ โยคะ รำมวยจีน เพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ 2) การบริโภคอาหารให้ได้รับพลังงานตามที่ร่างกายต้องการ 1,200 แคลอรีต่อวัน เลือกอาหารที่เลี้งง่าย รสชาติไม่จัด รับประทานอาหารขณะร้อนเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร หลีกเลี้งอาหารหวาน ทอด มัน กะทิ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว 3) การใช้ยาป้องกันและรักษามีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคและปัญหา

ที่ตรวจพบมากกว่ารักษาภาวะเปราะบาง (สุกัญญา จงศิริขรรยง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560)

บทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับมีโรคร่วมมีเป้าหมายเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง การพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้ (สุกัญญา จงศิริขรรยง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562)

1. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง สอนและให้คำแนะนำดังนี้ 1) กระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นผักและผลไม้ คั้นน้ำวันละ 6-8 แก้ว 3) การพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ 4) การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม 5) ดูแลสุขภาพ หากมีโรคประจำตัว ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว 6) เข้ารับวัคซีนที่ควรฉีดในผู้สูงอายุ

2. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยการสอนและให้คำแนะนำ ดังนี้ 1) ควบคุมอาหาร และควรรับประทานประเภทผัก ผลไม้ ที่มีโพตัสเซียมและแคลเซียมสูง มีไขมันและโซเดียมต่ำ หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่มีรสเค็ม หมักดอง กระป๋อง สำเร็จรูป และเครื่องปรุงรสต่าง ๆ 2) การพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ 3) งดดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ 4) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มึนทึบ ทอย ตึงที่ต้นคอ เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา เจ็บหน้าอก บวม แขนขาอ่อนแรง ควรมาพบแพทย์ 6) รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

3. การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อควบคุมไขมันในเลือดสูง โดยการสอนและให้คำแนะนำ ดังนี้ 1) การควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารพวกเนื้อสัตว์ที่ติดมัน อาหารทะเลบางชนิด ผลิตภัณฑ์จากนม ขนมหวาน อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน อาหารทอด ปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม ึ่ง ย่าง อบ 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดความเครียดและวิตกกังวล 4) รับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

4. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ดังนี้ 1) ประเมินและตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยและหาปัจจัยอื่น 2) สอนสาธิตการฝึกขมิบก้น เริ่มต้นจากทำครั้งละ 15-20 ครั้ง แนะนำให้ทำต่อเนื่อง 3) แนะนำการปรับพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง คั้นน้ำให้เหมาะสม ลดการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน ให้ไปห้องน้ำบ่อย 4) แนะนำการใช้อุปกรณ์รองซับ เพื่อความสบายเวลาทำกิจกรรม

5. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเสื่อม โดยการสอนและให้คำแนะนำ ดังนี้ 1) ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะปวด ระยะเวลา ความบ่อยครั้งการปวด 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานข้อเข้า 3) ออกกำลังกายประเภทที่ไม่ลงน้ำหนักมาก เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ 4) การยืนควรยืนตรง ขากางออกเล็กน้อยให้น้ำหนักตัวลงขาสองข้างเท่ากัน 5) ควรเดินบนพื้นราบ สวมรองเท้าแบบสันเตี้ย พื้นรองเท้านุ่ม ขนาดกระชับพอดี 6) ใช้ไม้เท้า เพื่อช่วยรับน้ำหนักเวลาปวดเข่า 7) เมื่อปวดเข่าอย่าบีบนิ้วรุนแรงจะทำให้ระบบปวดเข่ามากขึ้น วิธีที่ปลอดภัยคือ การประคบเย็น 8) แนะนำผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

6. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหาร โดยการสอนและให้คำแนะนำ ดังนี้  
 1) ประเมินภาวะโภชนาการ 2) ให้คำแนะนำการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอกับร่างกาย โดยเริ่มจากรับประทานอาหารที่ชอบ ครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง จัดอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด มัน กลิ่นฉุน คม น้ำให้เหมาะสม 3) แปรงฟันหรือบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร 4) ขณะรับประทานอาหารให้อยู่ทำนอง หลังรับประทานอาหารไม่ควรลงนอนทันที

7. การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม สอนและให้คำแนะนำดังนี้ 1) ประเมินความเสี่ยงและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) สอนให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะหกล้ม 3) สอนสาธิตการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว 4) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 5) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัย เช่น ติดตั้งหลอดไฟมุมมืด มีเครื่องเรือนเท่าที่จำเป็น ไม่กีดขวางทางเดิน มองเห็นง่าย และมีพื้นห้องเรียบสม่ำเสมอ

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น เนื่องจากมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวลดลง ล้วนเร่งให้เกิดการเสื่อมของเซลล์ต่าง ๆ จนก่อให้เกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากการสะสมความเสื่อม เรียกว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะชัดเจน 5 อาการ ดังนี้ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจลด มากกว่า 4.5 กิโลกรัมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 2) ภาวะหมดแรง เหนื่อยล้า 3) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง 4) เดินช้าลง 5) ทำกิจกรรมทางกายลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะเปราะบาง ในปี พ.ศ.2561-2563 จำนวน 590, 630, 913 ราย มีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง 209, 223, 264 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร, 2561-2563) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักเพิ่มขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้เชิงวิชาชีพที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีความปลอดภัยต่อไป

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในผู้สูงอายุและภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ จากตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้เป็นแนวทางศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

4.2.2 เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ปวดเข่าทั้งสองข้าง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ น้ำหนักลด 5.2 กิโลกรัม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยไม่ได้ตั้งใจ วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2563 เวลา 08.30 น. คลินิกผู้สูงอายุ

คุณภาพ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มาตรวจตามแพทย์นัด มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มา 12 ปี โรคข้อเข่าเสื่อมมา 3 ปี ควบคุมโรคได้ดี ปฏิเสธการแพ้อาหารและยา ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย สวมแว่นสายตายาว ใส่ฟันปลอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/81 mmHg.

4.2.3 ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว

4.2.4 วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน

4.2.5 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลตามกระบวนการดูแลในคลินิก ผู้สูงอายุ และกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล

4.2.6 ประสานเครือข่าย ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ประสานชุมชน เพื่อปรึกษาหารือ และแก้ปัญหาแบบองค์รวม บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษา

4.2.7 สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการ ดังนี้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2563 เวลา 08.30 น. ผู้ป่วยมาคนเดียว รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สวมแว่นสายตายาว สวมรองเท้าไม้รัดส้น มีอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ประเมินความเจ็บปวด เข่าซ้ายปวดระดับ 7 เข่าขวาปวดระดับ 5 ขณะซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมเป็นบางครั้ง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/81 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 18.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามมาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ดังนี้ 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) พบว่า มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย 2) ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า มีภาวะปกติระดับรุนแรงน้อย มีปัสสาวะเล็ดบางครั้งเมื่อไอหรือจาม 3) ทดสอบการเดิน โดยใช้ Time Up and Go Test (TUGT) พบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 4) ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการวัดแรงบีบของมือ พบว่า มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แรงบีบมือต่อน้ำหนักตัวอยู่ระดับต่ำ 5) ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วยแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 6) ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) พบว่า มีความเหนื่อยล้า 7) ประเมินภาวะเปราะบาง ด้วยแบบประเมิน Simple FRAIL questionnaire screening tool (FRAIL scale) พบเข้าเกณฑ์ 4 ข้อ แสดงว่ามีภาวะเปราะบาง ผู้ป่วยเข้าพบ

แพทย์เพื่อตรวจรักษา หลังพบแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด และนัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 เวลา 13.30 น.

วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 เวลา 13.30 น. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พูดคุยตามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/80 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลนำเครื่องชั่งน้ำหนักแบบพกพาไปเยี่ยมบ้าน ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย น้ำหนัก 45.5 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม จากการซักถามอาการผู้ป่วย บอกว่ารับประทานอาหารได้มากขึ้น ประกอบอาหารรับประทานเองจากผักสวนครัวที่ปลูกเอง เช่น ผักบุ้ง กะเพรา ผักกาดขาว มีอาการเวียนศีรษะบางวัน ปวดเข่าทั้งสองข้าง ประเมินระดับความเจ็บปวด เข่าซ้ายระดับ 5 เข่าขวาระดับ 4 สามารถเดินได้เองในบ้านโดยไม่ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน เวลาไอหรือจามบางครั้ง มีปัสสาวะเล็ด ออกมาเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ มีอาการเหนื่อยล้าลดลง นอนหลับพักผ่อนได้นานขึ้น และดูแลสามี ที่ป่วยติดเตียง ลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวเป็นปูน มีเพื่อนบ้านอยู่ใกล้เคียง ไม่มีสัตว์เลี้ยง ทางเดินเข้าบ้านเป็นพื้นดินไม่เรียบสภาพแวดล้อมภายในบ้านมีสิ่งของวางตามทางเดินและมีสายไฟวางขวางกลางบ้าน

วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เวลา 08.05 น. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแพทย์ คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ แกร็บ ผู้ป่วยเดินมาคนเดียว รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน เดินเริ่มคล่องขึ้น พูดคุย ยิ้มแย้มแจ่มใสดี ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ยังมีอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง ประเมินระดับความเจ็บปวด เข่าซ้ายระดับ 5 เข่าขวาระดับ 4 ประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า มีปัสสาวะเล็ดออกมาเวลาไอหรือจาม ประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน Mini Nutrition Assessment พบว่า ปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัมในรอบ 4 เดือน ค่าดัชนีมวลกาย 19.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยเข้าตรวจรักษาตามกระบวนการ หลังพบแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ส่งปรึกษา ทันตแพทย์เรื่องประเมินภาวะสุขภาพช่องปากและการใช้ฟันปลอม

วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 10.30 น. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใสดี เดินได้เอง ไม่ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลนำเครื่องชั่งน้ำหนักไปชั่ง น้ำหนักผู้ป่วย น้ำหนัก 48.5 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พูดคุยซักถาม ผู้ป่วยบอกอาการปวดเข่าทั้งสองข้างดีขึ้น ประเมินระดับความเจ็บปวด เข่าซ้ายระดับ 4 เข่าขวาระดับ 3 ยังคงประคบลูกสมุนไพรเข่าทั้งสองข้าง โดยมีผ้ารองลูกประคบทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ร้อนเกินไป รับประทาน อาหารได้มากขึ้น นอนหลับได้นานขึ้น ทำให้เวลาไอหรือจามมีปัสสาวะเล็ดออกมาน้อยลง สภาพแวดล้อม ภายในบ้านเหมาะสมต่อการพักอาศัยมากขึ้น ประสานผู้นำชุมชนนำหลอดไฟมาติดให้เพิ่ม 1 จุด นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตลาดกระบังลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้ป่วยเรื่องบัตร สวัสดิการแห่งรัฐ เรื่องการขึ้นทะเบียนผู้พิการของสามี และการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านร่วมกัน

วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.05 น. ผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดพบแพทย์ คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ แกร็บ รู้สึกตัวดี เดินมาเองคนเดียว ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน เดินคล่องขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุย ยิ้มแย้มแจ่มใส สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/76 มิลลิเมตรปรอท จากการซักประวัติ พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่เวียนศีรษะ ปวดเข่าทั้งสองข้างลดลง ประเมินระดับความเจ็บปวด เข่าซ้ายระดับ 3 เข่าขวาระดับ 2 บรรเทาอาการปวดโดยนวดประคบสมุนไพรต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์รักษาตามกระบวนการ แพทย์ออกหนังสือรับรองความพิการสามี่ผู้ป่วย หลังพบแพทย์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่ ถูกต้องตามแผนการรักษา ทบทวนการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าครั้งที่ผ่านมา แนะนำการขึ้น ทะเบียนผู้พิการที่ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร สาขาลาดกระบัง ส่งผู้ป่วยปรึกษานักกายภาพบำบัด เรื่องการเดิน การทรงตัว อาการปวดเข่าจากการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาการพยาบาล 6 ข้อ ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าลดลง และไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะการปวด ระยะเวลา ความถี่ของอาการปวด ให้รับประทานยา Paracetamol และทา Flanil cream บริเวณปวด ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงการนั่ง ยืน หรือ เดินนาน ๆ ไม่นั่งยอง ๆ หรือนั่งขัดสมาธิ การหาเก้าอี้ หรืออุปกรณ์สำหรับรองขา ขณะนั่งห้อยขานาน เพื่อลดการปวดเข่าและป้องกันขาบวม สอนสาธิตการใช้ไม้เท้าช่วยเดินที่ถูกต้อง การใส่รองเท้ารัดส้นและ กระชับพอดี เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การบริหารข้อเข่าเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อ การนวดและประคบสมุนไพรที่บ้านด้วยตนเอง และให้กำลังใจ

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2563

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทาน อาหารได้น้อย

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล** ซักประวัติ ประเมินรูปแบบการรับประทานอาหาร ชนิดอาหาร เวลา และ ความถี่ในการรับประทานอาหาร สอนให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก การใช้ฟันปลอม และให้คำแนะนำให้ถอดฟันปลอม ทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และการใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า เนื่องจากมีภาวะต้องดูแลสามี่ป่วยติดเตียง

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าลดลง

**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความเหนื่อยล้าและให้กำลังใจผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง พูดคุยและเป็นทีปรึกษาให้กับผู้ป่วย พร้อมให้ระบายความรู้สึกเพื่อให้ได้ผ่อนคลาย ช่วยผู้ป่วย วางแผนช่วงเวลาและกิจกรรมที่ดูแลสามี่ เพื่อให้มีช่วงเวลาพักผ่อนและลดความเหนื่อยล้าลง

ให้คำแนะนำวิธีการผ่อนคลายให้นอนหลับพักผ่อนได้ โดยให้ออกไปเดินเล่นนอกบ้าน พุดคุยพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ดูโทรทัศน์ สวดมนต์ หรือปลูกผัก

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการออกนอกบ้าน เนื่องจากกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยกลิ่นปัสสาวะได้ปกติและมีความมั่นใจออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน

**กิจกรรมการพยาบาล** ชักประวัติเกี่ยวกับอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ สอนสาธิตและฝึกทักษะการกลั้นปัสสาวะ โดยฝึกขมิบก้น การดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว การลดปริมาณการดื่มน้ำในช่วงเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน การใช้ผ้ารองซับ ดูแลการใช้ยาที่ถูกต้อง ฝึกทักษะขมิบก้นและการขมิบก้นขณะไอหรือจาม  
**ปรึกษาแพทย์** ในการปรับเวลารับประทานยาความดันโลหิตสูงในวันที่ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มซ้ำ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์** เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม

**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความเสี่ยงและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้คำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ช่วยจัดสภาพบ้านและจัดของใช้ในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน ไม่วางสิ่งของเกะกะ พื้นห้องสะอาดและไม่ลื่น จัดหารองเท้ารัดส้นให้ผู้ป่วย และให้คำแนะนำการสวมใส่รองเท้ารัดส้นเพื่อไ้เดินคล่องขึ้น ประสานผู้นำชุมชน สำนักงานเขตลาดกระบังปรับปรุงพื้นที่และเคลื่อนย้ายสิ่งของให้ถูกสุขลักษณะ

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2563

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีภาวะเครียดจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีภาวะเครียดลดลง

**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความเครียดและพุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยเหลือสามีป่วย เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับการตรวจรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ออกไปรับรองความพิการสามีผู้ป่วย ให้ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้พิการ ลงเยี่ยมบ้าน ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาปัญหาภาวะสุขภาพทางโทรศัพท์ ประสานนักสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือการขึ้นทะเบียนผู้พิการของสามี สำนักเขตลาดกระบังให้ความช่วยเหลือการขึ้นทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ พร้อมจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและสามี

**ประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ยังคงให้การดูแลต่อเนื่อง และติดตามต่อไป

## 7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร มาตรวจตามแพทย์นัด มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมา 12 ปี โรคข้อเข่าเสื่อมมา 3 ปี รักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้อาหารและยา แรกรับรู้สึกตัวดี เดินมาคนเดียว ใช้ไม้เท้าช่วยเดินช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/81 mmHg น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 18.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ประวัติการรักษา น้ำหนักลด 5.2 กิโลกรัมในรอบหนึ่งปี โดยลดลงแบบไม่ได้ตั้งใจลด ปวดเข่าทั้งสองข้าง เดินช้าลง เดินสะดุดเก้าอี้ล้ม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลียไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ สถานภาพอยู่บ้านดูแลสามีป่วย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ 600 บาทต่อเดือน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย ใส่ฟันปลอม ใส่แว่นสายตายาว รับประทานยาควบคุมโรค ได้แก่ Hydrochlorothiazide, Atorvastatin, Alfacalcidol, Ferrous fumarate, Chalk cap, Betahistine, Antacil gel, Paracetamol, Flanil cream, Omeprazole, Simethicone และ ORS ขณะอยู่ในความดูแลได้รับการดูแลรักษาอาการของภาวะเปราะบาง พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ 3) ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า 4) ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการออกนอกบ้าน 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มซ้ำ 6) ผู้ป่วยมีภาวะเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 ได้รับการแก้ไขสิ้นสุดลง ส่วนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 6 ยังคงให้การพยาบาลต่อไป และติดตามประเมินต่อเนื่อง

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางได้

8.2 นำความรู้มาเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยอยู่บ้านกับสามีที่ป่วยติดเตียง มีภาระต้องดูแลสามีตลอดเวลา มีความเหนื่อยล้า รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง ทำให้มีความเครียดสะสม มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

## 10. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประสานภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชน อาสาสมัครชุมชน ที่มีจิตอาสาสมัครเข้าไปช่วยเหลือผลักดันเปลี่ยนกันดูแลสามีผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อน และได้ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านอย่างสบายใจ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... อรชมา ทาวรรณ .....

(นางสาวอรชมา ทาวรรณ)

ผู้จัดการประเมิน

วันที่..... ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕ .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ปริญญ์ สุธานี .....

(นายปริญญ์ โปธิแดง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและ

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่)..... ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕ / .....

(ลงชื่อ)..... ศุภรัช สุวัฒน์พิมพ์ .....

(นายศุภรัช สุวัฒน์พิมพ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง

กรุงเทพมหานคร

(วันที่)..... ๑/๑ ต.ค. ๒๕๖๕ .....

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ; องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2559). *คู่มือยา*. กรุงเทพฯ; เอ็นพีเพลส จำกัด.
- วารสารสภาการพยาบาล. (2561). *ภาวะประาะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา*. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565. เข้าถึงจาก <https://he01.tci-thaijo.org>.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). การเปลี่ยนแปลงท่ายกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. 45-58. กรุงเทพฯ; เอ็นพีเพลส จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2562). *ภาวะประาะบางและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย*. ใน ประเสริฐ อัสถันตชัย, สมจินต์ โจมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม และนิติกุล ทองน่วม (บรรณาธิการ), *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome)*. 39-51. นนทบุรี; อีสอวกัส จำกัด.
- ศจี สัตยุดม. (2562). ความสามารถในการทำงานลดลงของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 66-78.
- สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2565). *โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ : การจัดตั้งและการดำเนินการ*. กรุงเทพฯ; ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สุกัญญา จงศิริยรรยง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). *ภาวะประาะบาง (Frailty)*. 49-55. กรุงเทพฯ; ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวอรชума ทาวรรณ

เพื่อประกอบการประเมิน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) (ตำแหน่งเลขที่ รพล. 24)  
สังกัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ  
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์  
เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

**หลักการและเหตุผล**

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง  
ที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านความรู้คิดอย่างต่อเนื่อง พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้ม  
เพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 670,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573 สูงขึ้นเป็น  
1,117,000 ราย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561) โดยอาการสมองเสื่อมในระยะแรกจะพบการสูญเสีย  
ความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาการแสดงออก  
จะรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีอาการถึงระดับรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำอย่างมาก สับสน ไม่รับรู้เวลา  
สถานที่ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กิจวัตรประจำวันบกพร่อง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้  
(สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2559; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยมีการ  
คัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพ การดูแลรักษา จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุ  
ในปี พ.ศ. 2561- 2563 พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุเข้าใช้บริการ จำนวน 294, 151 และ 223 ราย ตามลำดับ ได้รับการ  
การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE Thai Mental State  
Examination) ผลการคัดกรอง พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9, 8 และ 11 ราย ตามลำดับ  
(โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร, 2561-2563) ซึ่งการมีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ  
ดูแลตนเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน มีค่าใช้จ่ายในการดูแล  
รักษาที่เกิดจากการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่จะเกิดขึ้นตามมา ดังนั้น  
การฝึกพัฒนาสมองเกี่ยวกับความจำ สมาธิ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น การออกกำลังกาย  
เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอความบกพร่องสมองได้  
จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลประจำการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มีบทบาทหน้าที่  
โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  
เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมขึ้นมาใช้กับผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการ เพื่อเป็นการชะลอและป้องกันการ  
เกิดภาวะสมองเสื่อม อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

### เป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานสมองถดถอยบกพร่องลงด้านการรู้คิด เช่น ความจำ การบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม ภาษา สมาธิ ความสามารถด้านทิศทางและการรับรู้เกี่ยวกับสังคม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สุดของภาวะสมองเสื่อม อายุมากขึ้น จะพบการเกิดโรคมกขึ้น รวมทั้งพันธุกรรม หรือผู้มีประวัติครอบครัว
2. ปัจจัยที่ป้องกันได้ ได้แก่ น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ผู้ที่มีภาวะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ มีอาการซึมและสับสนเฉียบพลัน

### สาเหตุ

1. เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง เนื่องจากเนื้อสมองมีการเสื่อมสลายหรือตาย พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน
2. เกิดจากหลอดเลือดสมองหนาตัว แข็งตัว หรือตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมองก็จะทำให้เนื้อสมองตาย
3. เกิดจากสมองติดเชื้อไวรัส ทำให้เกิดการอักเสบในสมอง ผู้ป่วยอาจรอดชีวิตหรือเสียชีวิตได้ แต่จะเกิดความเสียหายของเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายส่งผลให้เกิดอาการสมองเสื่อมตามมา
4. เกิดจากการขาดสารอาหารประเภทวิตามิน ผู้ที่ขาดวิตามินบี 1 พบในผู้ป่วยที่ติดเหล้าหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เมื่อได้รับวิตามินบี 1 ไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ หรือเซลล์สมองตาย ส่วนผู้ที่ขาดวิตามินบี 12 จะพบในผู้ที่กินมังสวิรัตเคร่งครัด
5. เกิดจากการแปรเปลี่ยนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น ต่อมไร้ท่อบางชนิดทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย ส่งผลให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ปกติ ถ้าเกิดภาวะนี้ยาวนาน จะทำให้มีอาการสมองเสื่อม
6. เกิดจากศีรษะถูกกระทบกระเทือนอยู่เป็นประจำ พบบ่อยในนักมวย นักกีฬา ซึ่งการกระทบจะทำให้เนื้อสมองตายจำนวนมาก จนทำให้มีอาการสมองเสื่อม

### อาการและอาการแสดง

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

1. ระดับไม่รุนแรง (Mild) มีหลงลืม เริ่มบกพร่องในหน้าที่และสังคม อารมณ์ไม่เบิกบาน โกรธง่าย หงุดหงิด และสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้
2. ระดับปานกลาง (Moderate) ความจำเริ่มเสื่อมมากขึ้น หลงลืมมากขึ้น สับสนวันเวลา สถานที่ และบุคคล อารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว ระยะนี้เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
3. ระดับรุนแรง (Severe) จำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง พูดสื่อสารไม่ได้ เมื่ออาหาร สับสน กระวนกระวาย เจ็บ แยกตัว กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ จนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลตลอดเวลา และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

### การรักษา

ภาวะสมองเสื่อมมีวิธีช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ทำงานที่ต้องใช้ความคิด งานที่ใช้สมาธิสูง งานที่ทำหายและซับซ้อน ทำกิจกรรมอะไรก็ได้ที่นอกเหนือจากงานประจำ ทั้งงานอดิเรก งานบ้าน งานที่ใช้แรงกาย งานรื่นเริง เล่นเกมส์ อ่านหนังสือ เย็บปักถักร้อย หัดเข้าสังคมและไปมาหาสู่เพื่อน ๆ ญาติ ๆ คนรู้จัก การสร้างสังคมใหม่ ๆ จะช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ เพราะการพูดคุยโต้ตอบกับคนอื่นเป็นวิธีที่ทำให้ใช้สมองในการคิด

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีดังนี้ (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561)

1. การประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และนำผลการคัดกรองไปจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม
2. กระบวนการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จัดกิจกรรมฝึกสมอง และจัดให้มีการร่วมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
3. ติดตามและประเมินผล จัดให้มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 14 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วย วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE Thai Mental State Examination) ทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม ถามตอบประเด็นที่สงสัย ให้คำแนะนำ และนัดเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 สอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (สัปดาห์ที่ 3) สอนเป็นรายกลุ่ม โดยการบรรยาย ใช้สื่อการสอนเป็น power point เนื้อหาการสอน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลง

ของสมองในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคการช่วยจำ ชมวีดิทัศน์หนังสือสั้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับเทคนิคการช่วยจำและปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคช่วยจำ ฝึกเทคนิคก้านการรู้คิด กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนรู้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มอบหมายงานกลุ่มที่ 1 ให้ออกปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่ 2 ให้ออกอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่ 3 ให้ออกวิธีการดูแลตนเองเพื่อลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม พร้อมให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นที่สงสัยและตอบคำถาม สรุปเนื้อหาการเรียนรู้ และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด (สัปดาห์ที่ 5) สอนเป็นรายกลุ่มโดยการบรรยาย ใช้สื่อการสอนเป็น power point เนื้อหาการสอนประกอบด้วย การรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย สารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง หลักการรับประทานอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เมนูอาหารช่วยบำรุงสมอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการวิเคราะห์เมนูอาหารบำรุงสมอง สาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุและฝึกทักษะการออกกำลังกาย และฝึกทักษะการบริหารสมอง โดยให้เล่นเกมสต่อภาพจิกซอว์ และทำบริหารสมองเบื้องต้น เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นที่สงสัยและตอบคำถาม สรุปเนื้อหาการเรียนรู้ และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการบริหารสมอง (สัปดาห์ที่ 7) สอนเป็นรายกลุ่มโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ แบ่งออกเป็น 3 ฐาน เนื้อหาการสอน การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง พร้อมแจกคู่มือพร้อมซีดีให้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นที่สงสัยและตอบคำถาม สรุปเนื้อหาการเรียนรู้ และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สัปดาห์ที่ 9) การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาผู้สูงอายุต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ สำหรับผู้ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ มอบรางวัลและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การติดตามและประเมินผล โดยการประเมินภาวะสุขภาพในสัปดาห์ที่ 12

ข้อเสนอ

1. ศึกษา ค้นคว้า ตำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำมาจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
2. นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเสนอหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุมัติในการจัดทำ
3. กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ราย ที่คัดกรองแล้วพบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
4. จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

5. นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

6. ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทุก 4 เดือน

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามบริบทและศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

1. หน่วยงานมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สามารถใช้ปฏิบัติในทิศทางเดียวกันภายในปี พ.ศ. 2565

2. ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะสมองเสื่อมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 3 ปี

(ลงชื่อ).....อชญา ทาแดง.....

(นางสาวอรชума ทาวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)...../ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕.....

## เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช  
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักสนับสนุนสุขภาพ  
ประชากรกลุ่มเฉพาะ.(ไม่ระบุปีที่พิมพ์) คู่มือ การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีปัญหาความจำ  
บกพร่องระยะต้นสำหรับประชาชนทั่วไป. ไม่ระบุสำนักพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ภาวะสมองเสื่อม (Dementia). วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ).  
ศาสตร์และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). 150-157. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพลส จำกัด
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน  
และสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย  
(บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 5). 129-157.  
กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- ศรุตฯ หวางษ์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน  
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. เข้าถึงจาก <https://doi.nrct.go.th>. สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2565.

