



การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ Development of a Psychosocial Nursing Care Model for Elderly with Dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital

สนธยา มณีรัตน์ ปร.ด. (Sonthaya Maneerat, Ph.D.)¹

สุมณฑา บุญชัย พย.ม. (Sumonta Boonchai, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาโดยการศึกษ เอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสูงอายุ รวม 32 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และ เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาดุติกรรม ขาดทักษะสังคม และขาดทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะที่ 2 การพัฒนาแผนงาน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 25 คน ได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ 2) การพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ ชุดกิจกรรมการพยาบาลจิตสังคม คู่มือการให้คำปรึกษาญาติ แบบบันทึกพฤติกรรม และแบบประเมินความรู้ และความพึงพอใจสำหรับญาติ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบไม่ใช้สถิติกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (Face validity) จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน และ 3) การนำเครื่องมือไปใช้ในใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย ระยะที่ 3 การปฏิบัติการ โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษา ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง เดือนมกราคม 2557 และญาติ รวม 15 คน ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาล โดย 1) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขณะปฏิบัติการพยาบาล 2) การนิเทศ และสอนงาน 3) การบันทึก และ 4) การประเมินความรู้ และความพึงพอใจของญาติ ผลการประเมิน พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (Agitation) ลดลงร้อยละ 80 มีทักษะสังคมและสัมพันธภาพ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 85 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 100 ญาติ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นระดับ มากขึ้นไปร้อยละ 90 และมีความพึงพอใจบริการในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 80

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการพัฒนาศักยภาพพยาบาล การใช้เครื่องมือทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ สามารถช่วยลดปัญหาดุติกรรม เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง ทักษะสังคม และสัมพันธภาพของผู้ป่วย และ เพิ่มความรู้ และความพึงพอใจของญาติ รวมถึง ทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ปัญหาดุติกรรม อารมณ์ และจิตใจ จิตสังคมบำบัด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



Abstract

This Participatory Action Research adopted aimed to develop a psychosocial nursing care model for elderly with dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital. The study was divided into four steps, step one is a situational analysis step; data was collected through document and patient's data review, interview, and 32 of focus groups. Participants were multidisciplinary team and registered nurses. The situational analysis showed that registered nurses have limitation of knowledge, skills and instrument in psychosocial nursing care among the registered nurses, most of the patients have behavioral problems, lack of socialization skills and lack of daily activity required, step two: plan development, 25 of register nurses participated in creating the psychosocial nursing care model which is consisted of nurse's competency enhancing, and nursing instrumental development which consisted of health status evaluation form and the satisfaction of clients' relative form. The results reveal that mean knowledge score of all registered nurses increased, following the participation in psychosocial nursing care for elderly with dementia workshop; all instruments were validated by three experts including face validity validation by five nurses. Third step were conducted by 8 volunteer nurses, all instruments were used in the phase of health assessment, nursing diagnosis and planning, nursing intervention, and nursing evaluation. The last step is an evaluation of its outcome which consisted of three activities; learning and sharing during the session, coaching and supervision, and nursing outcome evaluation.

The study result reveals that 1) the elderly, who participated in the activities course for at least 4 weeks, became less agitated by 80%, while their ADL ability in at least one item, were all improved including social skills were improved by 85% 2) the mean knowledge score among family members, who participated in counseling activities, increased by 90% and the satisfaction score regarding nursing service increased by 80%. The study thus proves that the psychosocial nursing care model for the elderly with dementia increases clinical outcomes and family members' satisfaction.

Keywords : Dementia, Elderly, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Psychosocial care

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกร้อยละ 5.00 -7.00 (Prince M, et al., 2013) ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 12.4 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไปแต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบความจำ และการใช้ความคิดด้านต่างๆ โดยจะสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรือการควบคุมตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน และพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และจิตใจ (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ในหุกระยะการดำเนินของโรค (International Psycho-geriatric Association, 2002) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้มากที่สุด ปัญหาพฤติกรรม และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติในการรับรู้ สติปัญญา ความจำ การคำนวณ การวางแผน การเรียงลำดับความสำคัญ



การใช้เหตุผล และการตัดสินใจโดยตรง (Ames, Chiu & Lindesay J, 2010) แต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมาก ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดหลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน เดินออกนอกบ้าน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้พบได้มากถึง 90% ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้มากที่สุดเช่นกัน (Matsuda O, Saito M, Sugishita M., 1998; Wimo A, Winblad B, Jonsson L., 2007)

โรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินของโรคที่เสื่อมลง มีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะการดำเนินของโรค ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาใดที่มีผลการรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนยืนยันชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่มีหลายศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องกันว่าการรักษาด้านจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification) การเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย (Physical Activities & Exercise) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) จิตบำบัดระยะสั้น (Brief Psychotherapy) การใส่กลิ่นบำบัด (Aroma therapy) และ กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำในอดีต (Reminiscence) เป็นต้น จะช่วยลดอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เช่น อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (Agitation) ปัญหาด้านการนอน (Sleep Disorder) ได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถดำเนินการได้โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากระบวนการพยาบาลจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า ยังมีจุดอ่อนในการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนมากที่สุด มีข้อจำกัดทั้งในด้านการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประกอบกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การเป็นหน่วยงานแห่งความเป็นเลิศด้านระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช ผู้สูงอายุในปี 2559 ดังนั้น การวิจัยและพัฒนาในระยะแรกโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จึงเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และพันธกิจของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. เพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เน้นการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมออกแบบ วางแผน และร่วมพัฒนา เพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีการดำเนินการ 4 ระยะ (Bennettee, 1998; Coghlan and Casey, 2001) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวินิจฉัยปัญหา เป็นการทำความเข้าใจ และประเมินสถานการณ์ปัญหา ดำเนินการโดย 1) การทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล 2) การสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 3) การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในประเด็น ความรู้ ทักษะ และทักษะในการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รวมถึงปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา



ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาารูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดรูปแบบ และแผนการพัฒนา 2) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ปัญญาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Stmptom of Dementia: BPSD) กระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคม การสาธิตการจัดกิจกรรมด้านจิตสังคม และการฝึกปฏิบัติวิเคราะห์กรณีศึกษา และการนำไปใช้ 3) การพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลเพื่อนำไปใช้เป็นคู่มือปฏิบัติ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เป็นการวิเคราะห์เครื่องมือ และสื่อที่มีอยู่นำมาพัฒนา และปรับปรุงเหมาะสมกับบริบทการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมครอบคลุมขั้นตอน การประเมินสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เครื่องมือที่พัฒนาใหม่ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม 2) คู่มือกิจกรรมพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม 3) คู่มือการให้คำปรึกษาญาติผู้สูงอายุสมองเสื่อม และ 4) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับญาติ เครื่องมือที่ประยุกต์จากเครื่องมือที่มีอยู่เดิมได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ช่วยสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาล โดยเครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ โดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติ จากทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้นำไปตรวจความตรงเฉพาะหน้า (Face validity) จากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน และได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาวิเคราะห์ และปรับปรุง เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

การลงมือปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเข้าพักรักษาตัว 2) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุม สุขภาพกาย จิต สังคม ความเชื่อ ประสบการณ์ ความสามารถพื้นฐาน ปัญหา และความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วย 3) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตสังคม และแผนการพยาบาลด้านจิตสังคมรายบุคคล ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการดูแลของผู้ป่วย และ 4) ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมตามแผนที่กำหนด โดยดำเนินการในช่วงเวลา 9.00 -15.00 น. สัปดาห์ ละ 3 วัน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ส่วนญาติ จะได้รับความรู้ และการให้คำปรึกษาจากพยาบาลที่เป็นทีมร่วมปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลผลการใช้รูปแบบการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม 2) การประเมินความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือ 3) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย และญาติ

ผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) และกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด โภชนากร วิชาชีพละ 1 คน รวม 7 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 25 คน รวมทั้งหมด 32 คน

2. ผู้ร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 25 คน โดยเป็นที่ร่วมคิด ร่วมออกแบบ วางแผน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีส่วนร่วมในการพัฒนา



เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล และมีบทบาทในการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนข้อมูลกับทีมปฏิบัติการเป็นระยะๆ

2.2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คนที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหน่วยจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงการเป็นแกนนำในแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิด และการปรับปรุง เพื่อการปฏิบัติใหม่

3. กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่

3.1 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ชาย 9 ชาย 11 หญิง 6 หญิง 7) ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง เดือนมกราคม 2557 จำนวน 15 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม
- 2) มีลักษณะของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ อย่างน้อย 1 ใน 4 อาการต่อไปนี้

ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายกระวนกระวาย (Agitation) วิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด (Anxiety) นอนไม่หลับ (Insomnia) หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไร้อารมณ์ (Apathy)

3) มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างน้อย 1 ใน 10 ด้าน ตามแบบประเมินดัชนีบาร์เทิล Barthel Index of Activity of daily living)

4) ญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีอาการอะอะอาละวาด ก้าวร้าว หรือควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น

2) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 2 คน

3) ญาติ ไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม

3.2 ญาติ หรือผู้ดูแลที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง เดือนมกราคม 2557 จำนวน 15 ราย โดยมีคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

3.2.1 เป็นผู้ดูแลที่ช่วยเหลือในปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมขณะอยู่ที่บ้าน

3.2.2 มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3.2.3 สามารถฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

3.2.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษางานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาล การสังเกต สัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม และการศึกษาข้อมูลจากบันทึกของพยาบาลในขณะปฏิบัติกิจกรรม



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา การจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนนความรู้ คะแนนความพึงพอใจ และจำนวนครั้งของการเกิดปัญหาพฤติกรรม และจิตใจในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับคำรับรองในการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

พบว่า ทีมสหวิชาชีพขาดการบูรณาการและกำหนดแผน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ทักษะ รวมถึงขาดเครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับบริบทการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รวมถึงไม่มีแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เป็นรูปธรรม และพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีปัญหา 3 กลุ่ม คือ ปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์ ขาดทักษะการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบกพร่องด้านทักษะสังคม และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด

ผลการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ และการนำไปใช้

พบว่า เครื่องมือมีเนื้อหาที่ครอบคลุม กิจกรรมมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย (Agitation) จำนวน 10 คน มีอาการเฉยเมย (Apathy) ร่วมกับปัญหาการนอน จำนวน 2 คน มีปัญหาความวิตกกังวล ร่วมกับปัญหาการนอน และจำนวน 1 คน และมีปัญหา agitation ร่วมกับปัญหาการนอน จำนวน 1 คน

1.2 มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ 1 ขึ้นไป อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม และโกนหนวด (Grooming) จำนวน 5 ราย ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 3 ราย ด้านการรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ จำนวน 4 ราย และด้าน การอาบน้ำ ร่วมกับ การสวมใส่เสื้อผ้า จำนวน 4 ราย

2. คู่มือกิจกรรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด คือ เวลา 9.00 -15.00 น. สัปดาห์ ละ 3 วัน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์

2.2 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เป็นแผนรายบุคคล และสามารถทำกิจกรรมได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

2.3 เนื้อหากิจกรรมจิตสังคมบำบัดประกอบด้วย 1) กิจกรรมพื้นฐานๆ ได้แก่การออกกำลังกาย กิจกรรมกลางแจ้ง และ Brain Activation 2) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและกระตุ้นการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy) 3) กิจกรรมการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL Training)



และ 4) กิจกรรมทางเล็อกโดยการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 (Sensory Stimulation) เช่น การนวดเท้าด้วยลูกแก้ว และการใช้กลิ่นบำบัด ดนตรีบำบัด กิจกรรมระลึกความทรงจำ เป็นต้น

3. คู่มือการให้คำปรึกษาญาติ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นการจัดกิจกรรมให้แก่ญาติในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ครั้ง ๆ ละ 45 -60 นาที

ครั้งที่ 1 ดำเนินการภายในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างความรู้ เรื่องโรคสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหา และวางแผนแก้ไข การสนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 -5 กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและ ทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล

ผลการใช้เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นในกระบวนการพยาบาล พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีอาการ Agitation มีอาการลดลงจากเดิม จำนวน 8 คน
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการนอน อารมณ์เฉยเมย และอารมณ์วิตกกังวล ไม่พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างชัดเจน
3. ผู้ป่วยที่มีความพร้อมของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสามารถ เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 0- 1 อย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 100
4. ผู้ป่วยที่มีความพร้อมของทักษะสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทุกราย
5. ญาติ มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมาก ร้อยละ 90 และมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 85

การอภิปรายผล

รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์การพยาบาลของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เนื่องจากการพัฒนาภายใต้ข้อมูล และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system) ของโอเรียม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลในช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของสมอง ซึ่งส่งผลต่อความรู้ การคิด การตัดสินใจ และความจำ รวมถึงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจร่วมด้วย ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพอื่นตามมา ดังนั้นในการให้การดูแลผู้ป่วยพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำเองได้ เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีความสามารถในอนาคต รวมถึงการสนับสนุน และให้ความรู้แก่ญาติเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับ การวิจัยของ ประณีต สังวัฒนา และคณะ (2543) ที่พบว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และสมอง โดยการสนับสนุนความรู้ การผลิตคู่มือ และสื่อที่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้จะช่วยให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูง เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ (นันทพร และยุวมาลย์, 2555)



นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับหลายการศึกษาของต่างประเทศที่ใช้กลยุทธ์การพัฒนาความสามารถของทีมนุคลากร/ผู้ดูแลทำให้เกิดทัศนคติที่ดี มีความรู้ และทักษะ ในการดูแลและจัดการกับปัญหา BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการลดการเกิดปัญหา BPSD ได้ (Goyder, 2011; Spector, & Goyder, 2012) สำหรับผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้เป็นคู่มือ หรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ช่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อม ทำให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมได้ รวมถึงเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีในภาพรวมทั้งต่อผู้ป่วย และญาติ อภิปรายได้ว่า การพัฒนา และประยุกต์เครื่องมือที่นำมาใช้ในครั้ง นี้ เป็นการพัฒนากายใต้ฐานความรู้เชิงวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และนักวิจัยที่ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือ รวมถึง การที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ ความชำนาญ และมีประสบการณ์เฉพาะทางครอบคลุมทุกองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งประกอบ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล จิตแพทย์ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลรักษา รวมถึงประสบการณ์การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นอกจากนี้การนำเครื่องมือให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานตรวจความความตรงเฉพาะหน้า (Face validity) ทำให้เครื่องมือที่พัฒนาครั้งนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น ประกอบกับเป็นการพัฒนาเครื่องมือที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของผู้ป่วย และญาติ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม การตรวจคุณภาพของเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ เป็นการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาเบื้องต้น แบบไม่ใช่สถิติเท่านั้น เนื่องจากผู้วิจัย และทีมปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อให้มีเครื่องมือทางการพยาบาลที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาในระยะต่อไป ผลการใช้เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้น ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนการเกิดพฤติกรรมพลุ่งพล่าน กระวนกระวายลดลง มีทักษะสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อภิปรายได้ว่าชุดกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ เป็นการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งใน และต่างประเทศที่ให้ผลยืนยันชัดเจน หรือเป็นข้อแนะนำที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มีการนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาความสามารถ มีการสอนงาน นิเทศติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน และชุดกิจกรรมดังกล่าวครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามบริบทและความต้องการที่เหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กิจกรรมจิตสังคมบำบัดช่วยลดการเกิดปัญหา BPSD ของผู้ป่วย เช่นการใช้สุนทรบَابัด โดยการทา และนวด การสูดดม หรือใส่กลิ่นหอมในน้ำที่อาบ ช่วยลดปัญหาพฤติกรรม และ อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ (วิศิษฎ์ วิทยุรัตน์, 2554; Alzheimer's Society, 2005) หรือการใช้ดนตรีบَابัด สามารถช่วยลดอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ (YuFu, Wendy & Marie, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมมอนเตสซอร์รี่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น (กนกพรธน กรรณสูตร, 2551) และการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความจริง การกระตุ้นการรู้คิด ช่วยเพิ่มความสามารถทางการรู้คิด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (รัชสี นามจันทร์, 2553) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกาย ช่วยกระตุ้นการทำงานด้านความรู้คิด และเพิ่มความสามารถการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และผลการจัดโปรแกรมออกกำลังกายรวมกับการฝึกทักษะผู้ดูแล ช่วยทำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีสุขภาพกายที่ดีและช่วยลดภาวะ



ซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ผลการให้คำปรึกษาสำหรับญาติ พบว่า ญาติมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการพยาบาลในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การใช้กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้สูงอายุเป็นการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ ประกอบกับพยาบาลทุกรายที่เป็นผู้ทดลองใช้คู่มือ เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี ทำให้สามารถใช้คู่มือได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีเทคนิคในการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hepburn, Tornatore, Center & Ostwald (2001) ที่พบว่า การฝึกทักษะแก่ญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม มีผลในการลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะการดูแลได้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจ ทำให้คะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และคะแนนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ประภา ชีวีโรจน์, 2553) นอกจากนี้ ศิริวรรณ คະเนนอก (2551) ยังให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยผลของการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมว่าทำให้ผู้ดูแลสามารถทราบบทบาทในการดูแลของตนเองและให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลงได้ และควรให้การช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งในด้านความรู้ วิธีการดูแลที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (รัชฎา รัชขนาม, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ดังนั้น หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงควรจัดให้มีกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการเตรียมพร้อมของบุคลากร และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษายาใต้บริบทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นการพัฒนาที่ตอบสนองนโยบายการพัฒนาหน่วยงานงานแห่งความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิต และจิตเวชสูงอายุ และสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ให้บริการ และผู้ป่วย รวมถึงญาติ หรือ มีการดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวินิจฉัยปัญหา ระยะวางแผนพัฒนา ระยะการลงมือปฏิบัติ และ ระยะการประเมินผล เป็นการพัฒนาที่เกิดจากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ การพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล และการนำเครื่องมือไปลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ในการประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะสังคมและสัมพันธภาพ ความรู้ และความพึงพอใจของญาติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การพัฒนาครั้งนี้ ทำเฉพาะในทีมพยาบาลเท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทุกด้านโดยทีมสหวิชาชีพ
2. ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่จะสะท้อนผลลัพธ์การดูแลที่เกิดจากกระบวนการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่รับประหานยาเพียงอย่างเดียว หรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการพยาบาลแบบจิตสังคมเพียงอย่างเดียว หรือกลุ่มที่ได้รับการรักษาทั้งสองอย่าง
3. ไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรเรื่องยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ที่ชัดเจนได้ ว่ากระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างเดียวมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้



ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการศึกษายเป็นระยะๆ และติดตามผลระยะยาว ทุก 1, 3, 6, และ 12 เดือน ทั้งความสามารถของพยาบาล และผลลัพธ์การดูแล
2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในการวิจัยเชิงปริมาณ รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือให้สอดคล้อง ให้มีความน่าเชื่อถือ และตรงกับวัตถุประสงค์ของการวัดที่ชัดเจน
3. ควรมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาทั้งทดลอง หรือศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่เฉพาะเจาะจง เช่น กำหนดขั้นตอน และรูปแบบกิจกรรมที่ชัดเจน
4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในทดลอง และกลุ่มควบคุม เช่น กลุ่มที่ใช้ยาอย่างเดียว กลุ่มที่ใช้ยาร่วมกับกิจกรรมจิตสังคมบำบัด และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมจิตสังคมบำบัดเพียงอย่างเดียว

รายการอ้างอิง

- กนกพรพรณ กรรณสูตร. (2551). **ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสเซอร์รี่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทพร บุษราคัมวดี ยุวมาลย์ ศรีบุญญูภูมิศักดิ์. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 5(2), 114 -129.
- ประภา ชีวีโรจน์. (2553). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติ การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประณีต สังวัฒนา แสงอรุณ อิศระมาลัย เนตรนภา คู่พันธ์ บัทยา โลหเจริญวนิช และกาญจนา แรกพิณิจ. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และสมอง. **วารสารสภาการพยาบาล**, 15(3), 1-19.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. **วารสาร มจร.วิชาการ**, 14(27), 137 -150.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการ และนโยบายสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิศิษฎ์ วิญญูรัตน์ (2554). **การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสุนทรียบำบัดกับภาวะกระวน กระวายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสตร์ เครื่องสำอางค์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- ศิริวรรณ คະเนนอก. (2551). **ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, Bryar, R.M. & Newens A.J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการ ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. **วารสารพหุสาขาวิชา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(4), 15-24.



- สนธยา มณีรัตน์. (2555). ความชุก ลักษณะอาการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (BPSD) ที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์: การศึกษา แบบย้อนหลัง. คลังความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิต และจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2521 -2. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มจำกัด.
- Alzheimer's Society . (2005). **Non-Pharmacological therapies for the treatment of behavioral symptoms.** London: Gordon House.
- Ames, D., Chiu, E., Lindsay, J. & Shulman, K.I. (2010). **Guide to the Psychiatry of Old Age.** Cambridge University press.
- Bennete, B. (1998). Increasing Collaboration within a multidisciplinary neurorehabilitation team .The early stage of small action research project. **Journal of Clinical Nursing, 7,** 227-231.
- Coghlan, D., & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issue and challenges in doing action research in your own hospital. **Journal of Advance Nursing, 35(5),** 674-682.
- Goyder, J.C. (2011). **Staff Training using STAR (Staff Training in Assisted Living Residences): A Pilot Study in UK Residential Care Homes.** Doctoral thesis, UCL (University College London).
- Hepburn, K.W., Tornatore, J., Center, B. & Ostwald, S.W. (2001). Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society, 49(4),** 450-457.
- International Psychogeriatric Association. (2002). **BPSD: Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia.** Retrieved June, 15, 2013 from <http://www.ipa-online.org>.
- Matsuda, O., Saito, M. & Sugishita, M. (1998). Cognitive deficits of mild dementia: A comparison between dementia of the Alzheimer's type and vascular dementia. **Psychiatry Clinical Neuroscience, 52,** 87-91.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: Concepts of Practice.** (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. & Ferri, C.P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and meta analysis. **Alzheimers Dement, 9(1),** 63 -75.
- Spector, A., Orrell, M. & Goyder, J. (2012). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. **Aging Research Review, 12(1),** 354-364.
- Thiessen, E.J., Blake, C.M., Forbes, S.C. & Forbes, S. (2013). **Exercise programs for people with dementia.** The Cochrane Library.
- Wimo, A., Winblad, B. & Jonsson, L. (2007). An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. **Alzheimers Dementia, 3,** 81-91.
- YuFu, C., Moyle, W. & Cooke, M. (2013). A randomized controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behavior in people with dementia. **BMC Complementary and Alternative Medicine, 13(1),** 13 -165.