

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อมที่บ้าน: ประสบการณ์การพยาบาลกรณีศึกษา

ณัฐชา ปิยะโชคนันต์ พย.ม.*, ณัฐยาน์ บุญมาก พย.ม.*, พิงพิศ การงาม ค.ม.*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อม อาการพบบ่อยได้แก่ อาการหลงผิด เห็นภาพหลอน อาการเฉยเมย วิตกกังวล ซึมเศร้า รวมถึง อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ผลกระทบที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ถ้าหากผู้ดูแลไม่เข้าใจและไม่สามารถปรับตัวได้ทำให้เกิดความเครียด เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ เป็นตราบาบได้ ผลการศึกษารณีศึกษาผู้ป่วยครั้งนี้พบว่า การปรับตัวและการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลและครอบครัวคือหัวใจสำคัญที่สุดในการที่จะทำให้การดูแลมีคุณภาพและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ควรจะเป็นในวาระสุดท้ายของชีวิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้จะประโยชน์สำหรับผู้อ่านโดยเฉพาะผู้ดูแล

คำสำคัญ : การพยาบาล, สมองเสื่อม, ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์, ผู้ดูแล

Nursing Care for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia at Home: Nursing Case Study Experience

Natchaya Piyacokanan M.N.S.*, Natthaya Boonmark M.N.S.*, Pungpit karn-ngam M.Ed.*

Abstract

This article aims to share the experience of nursing care for behavioral and psychological symptoms of dementia, a common mental health issue, including delusions, hallucinations, apathy, anxiety, depression, and deviant emotions, perceptions, and behaviors. These issues can have significant impacts on patients, families, caregivers, and healthcare costs. If caregivers lack understanding and adaptability, they may experience stress, feelings of burden, and stigma. The case study findings highlight the importance of caregivers' and families' adaptation and acceptance of the patient's condition as the key to providing quality care and improving the patient's quality at the end of life. It is hoped that this article will be beneficial for readers, particularly caregivers.

Keywords : nursing care, dementia, behavioral and psychological problems, caregiver

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของเนื้อสมองที่มีหลายสาเหตุ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือด โรคพาร์กินสัน โรคเรื้อรังและภาวะอักเสบของสมอง สารพิษ ติดเชื้อเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และขาดการออกกำลังกาย พันธุกรรม อายุที่มากขึ้น ซึ่งผลของภาวะสมองเสื่อมทำให้

กระบวนการคิด การเรียนรู้ ความจำ พฤติกรรมและอารมณ์ที่เบี่ยงเบนต่าง ๆ ทำให้การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานต่าง ๆ ลดลงจนกระทั่งไม่สามารถใช้ชีวิตที่เป็นปกติได้

จากสถิติพบว่าในปี ค.ศ. 2021 จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 57 ล้านคน โดยกว่า ร้อยละ 60 เป็นประชากรในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง และในทุกปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 75 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

* Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University

ในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 651,950 คน จากผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.43 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยมีโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุด² จากจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อมทำให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนขึ้น ผู้ดูแลมีความเครียด มีภาวะเหนื่อยหน่ายรู้สึกเป็นภาระ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ที่พบได้ทุกระยะของโรคสมองเสื่อม ตั้งแต่ระยะ mild cognitive impairment³ แต่พบมากในระยะกลางและระยะท้ายของโรคผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60-90 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหา⁴ ในกลุ่มโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) พบมากคืออาการหลงผิด สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) พบมากคืออาการซึมเศร้า อาการเฉยเมย ไม่สามารถควบคุมตนเองหรือยับยั้งชั่งใจได้⁴

ทั้งนี้มีการศึกษาเรื่องความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าร้อยละ 90 มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยอาการซึมเศร้าพบได้ในระยะแรก หวาดระแวง หลงผิดพบในระยะ กลาง ส่วนระยะท้าย ๆ ของโรคสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว⁵ อาการความผิดปกติดังกล่าว จะขึ้น ๆ ลง ๆ เกิดบ่อยซ้ำ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์³ การศึกษาความชุกของ BPSD ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่า ร้อยละ 76.3 อาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืนร้อยละ 42.5 อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 40.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 34.0 กระสับกระส่าย/ก้าวร้าวร้อยละ 30.0 และพฤติกรรมแปลกร้อยละ 23.7⁶

สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าอาการมีอาการเฉยเมย หลงผิด วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ การกินการนอน การใช้ชีวิตประจำวันที่ยากขึ้นเพิ่มมากขึ้นตามระยะของโรค ซึ่งผลคือพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการเป็นภาระ ความเหนื่อยหน่ายมากขึ้น⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และยังพบว่า การเข้ารับการรักษาแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการ

พฤติกรรมและอารมณ์ ร้อยละ 60⁸

การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งแยกเป็นทางตรงคือค่ารักษาพยาบาล กับค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ การสูญเสียรายได้ การเดินทางต่าง ๆ จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของโรค สิ่งที่พบคือเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก็จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา³

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)⁴ เป็นภาวะที่มีการสูญเสียการรู้คิด (cognitive function) ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง สังคม รวมถึงหน้าที่การงาน ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ อารมณ์ พฤติกรรม อาการที่พบที่เป็นสัญญาณเตือน เช่น สูญเสียความจำหรือเหตุการณ์ในปัจจุบัน มีความบกพร่องในการทำงาน ทำในสิ่งง่าย ๆ ไม่ได้ การใช้คำภาษา ว้างสิ่งของลืม บุคลิกภาพเปลี่ยน กระบวนการคิดตัดสินใจผิดปกติ เฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ยา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย เช่น ติดเชื้อ สรีระได้รับการกระทบกระเทือน โรคสมองเสื่อม เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

ภาวะสมองเสื่อมจากเดิมใช้คำว่า Dementia ในปัจจุบันใช้คำว่า Neurocognitive disorder (NCD)⁵ ซึ่งใช้เกณฑ์ DSM-5 ได้แก่ 1) การทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ลดลงจากเดิมชัดเจน 2) ถ้าเป็น Major NCD จะมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 3) อาการไม่ได้อยู่ในช่วงอาการเพ้อ (Delirium) และ 4) อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวช โดยภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้า ๆ โดยแบ่งการดำเนินของโรค⁶ ดังนี้

1. Mild Cognitive Impairment คือการรู้คิดบกพร่อง เช่น การเรียนรู้ ความจำ การใช้ภาษา การบริหารจัดการ ยังไม่กระทบต่อการเข้าสังคม การทำงาน ไม่สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน^{5,6} ระยะนี้ประมาณ 7-10 ปี และนำไปสู่การเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม

2. Early Dementia เป็นระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย ไม่สามารถตัดสินใจ คิดในเรื่องที่ซับซ้อนได้ เช่น การวางแผน การคำนวณ การเดินทาง เป็นต้น

3. Moderate Dementia เป็นระยะสมองเสื่อมปานกลาง ไม่สามารถจดจำ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาจพบปัญหาทางจิตเวชได้ เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ จะมีโมโหง่าย วุ่นวาย ไม่นอน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

4. Severe or advanced dementia เป็นสมองเสื่อมในระยะรุนแรง โดยมีกลุ่มอาการของ behavioral and psy-

chological symptoms of dementia (BPSD) เช่น อาการหลงผิด (delusion) พฤติกรรมซ้ำ ๆ (repetitive behavior) อาการกระวนกระวาย (Agitation)

5. Severe Dementia เป็นระยะสุดท้ายจะไม่พูดควบคุมหรือกลืนปัสสาวะไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ เดินไม่ได้ ส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง

จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต การรักษาพยาบาล การดูแลของครอบครัว ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางกาย ทำให้มีความซับซ้อนมากขึ้น จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้เกือบทุกระยะของโรคสมองเสื่อม แต่จะพบมากขึ้นในระยะที่สมองเสื่อมปานกลางและรุนแรง โดยจำแนกแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกได้ออกเป็น 5 กลุ่มอาการ⁹⁻¹¹ ได้แก่

1) **กลุ่มอาการรับรู้ หรือการเรียนรู้ (cognitive or perceptual)** ประกอบด้วย อาการหลงผิด (delusion) และเห็นภาพหลอน (Hallucination) ซึ่งอาการหลงผิดเช่นคิดว่ามีคนคิดร้าย มีคนแปลกหน้ามาอาศัยอยู่ในบ้าน ทรัพย์สินสมบัติถูกขโมย คู่สมรสนอกใจ ความคิดดั่งกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด ไม่สบายใจที่จะอยู่บ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยหนีออกจากบ้านได้ กรณีอาการประสาทหลอนพบบ่อยเป็นหูแว่ว และเห็นภาพหลอน มักจะได้ยินคำพูดของบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักและเสียชีวิตไปแล้วและพูดเป็นเรื่องเป็นราวอย่างจริงจัง

2) **เป็นกลุ่มอาการทางกาย (motor)** หรือการเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ (repetitive movement) เดินหลงทาง (wandering) พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (physical aggression)

3) **การพูด (Verbal)** เช่นอาการตะโกนร้อง พูดวนซ้ำ ๆ พูดจាក้าวร้าวหยาบคาย

4) **ด้านอารมณ์** เช่น อารมณ์ดีเยี่ยมอกอิมใจ ครื้นเครง (euphoria) ซึมเศร้า (depression) เฉยเมย (Apathy) วิตกกังวล (Anxiety) หงุดหงิด (Irritability) ความสนใจในกิจวัตรประจำวันลดลง

5) **กลุ่มอาการ vegetative** จะมีอาการกระวนกระวายแต่ไม่ก้าวร้าว มีความผิดปกติในเรื่องการนอน การรับประทานอาหาร กลุ่มอาการนี้เช่น การแต่งกายไม่เหมาะสมตามวาระหรือกาลเทศะ ถอดเสื้อผ้าในที่ไม่ควรหรือในสาธารณะ เดินไปมาแบบไร้จุดหมาย ขณะทำบางสิ่งอยู่แล้วลุกเดินเช่น ขณะรับประทานอาหาร เดินออกจากบ้านตอนกลางคืน

หลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์^{2,12-16}

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา

พฤติกรรมและอารมณ์ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติใดมีประสิทธิภาพมากที่สุด ต้องใช้วิธีที่รักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาร่วมกัน โดยเน้นการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น จัดกิจวัตรประจำวันให้สม่ำเสมอ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและคุ้นเคย ส่งเสริมกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังทำได้ เพื่อกระตุ้นสมองและลดภาวะซึมเศร้า และกรณีการรักษาด้วยการใช้ยาเป็นการรักษาตามอาการ เช่น ภาวะซึมเศร้า วุ่นวาย ไม่นอน เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ แบบไม่ใช้ยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา และการรักษาด้วยอวัจนภาษา ซึ่งการรักษาด้วยอวัจนภาษาเช่น การใช้น้ำมันหอมระเหย สูดดม กระตุ้นระบบประสาทสัมผัส เช่นนวดทา เป็นต้น การใช้แสงสว่างโดยวางกล่องส่องแสงให้อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยลดอาการ sundowning syndrome การใช้ดนตรีบำบัด เพิ่มความจำรับรู้ในเรื่องของเวลา สัมพันธภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น สำหรับการรักษาด้วยวิธีอวัจนภาษา ประกอบด้วย การฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ กิจกรรมระลึกความทรงจำในที่ในอดีต วิถีทัศน์ต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และช่วยกระตุ้นความจำให้ความรู้กับภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงญาติผู้ดูแล

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ วัตถุประสงค์คือให้ผู้ป่วยได้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างอิสระ¹² ให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ลดความเครียด ช่วยให้จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม สำหรับการให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงของสมอง เช่น Donepezil, Rivastigmine เป็นต้น

กรอบแนวคิดที่นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อม

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model)¹⁷ มนุษย์เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีสิ่งเร้ากระตุ้น เกิดการตอบสนองและปรับตัว องค์ประกอบของระบบได้แก่ สิ่งเร้า มากระทบ กลไกควบคุมและปรับตัวประมวลผลสิ่งเร้า เกิดเป็นผลลัพธ์ พฤติกรรมการปรับตัวที่แสดงออกมาให้เห็น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือการตอบสนองเพื่อรักษาสสมดุลของร่างกาย 2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการรับรู้ตนเองด้านภาพลักษณ์ ความคิด ความเชื่อมั่น 3) ด้านบทบาทหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนด และ 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยกัน การปรับความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อม ด้านร่างกายได้แก่การเสียสมดุลของระบบต่าง ๆ

ในร่างกาย อันสืบเนื่องจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การไม่ดูแลความสะอาดร่างกาย การไม่นอน เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจในพฤติกรรมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด และได้รับยาเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมการนอน ผลกระทบด้านอัตมโนทัศน์ผู้ป่วยไม่สามารถคิดควบคุมตนเองได้ การแสดงออกไม่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ การพยาบาลคือผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรม ไม่ได้แย่งผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเอง และเบี่ยงเบนความสนใจด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาผู้ป่วยไม่รู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ เป็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิง

เป้าหมายของการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวในส่วนที่พอทำได้และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้มากที่สุดเน้นไปที่กิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองให้มากที่สุด เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ความปลอดภัย และเป้าหมายสำหรับผู้ดูแล คือสามารถปรับตัวได้ รักษาความสัมพันธ์ในมิติต่าง ๆ ได้ทั้งสุขภาพ เวลา งาน และความสัมพันธ์ ไม่เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย หหมดไฟจากการดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ไม่สามารถจัดการปรับเปลี่ยนสิ่งเราได้ เนื่องจากพัฒนาการของโรค สิ่งที่ได้ทำคือลดผลกระทบอันจะเกิดขึ้น และส่งเสริมการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจพัฒนาการของโรคและการดูแลในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละปัญหา ผู้ดูแลหลักแสดงเจตนาารมณ์ที่ชัดเจนของเป้าหมายของการดูแล รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลคนอื่นได้เข้าใจ และแบ่งภาระงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกันอย่างชัดเจน

การประเมินผลปรับตัวของผู้ป่วยในระยะแรกการดำเนินชีวิตประจำวันระดับประคองได้ ระยะกลางและระยะท้ายของการเจ็บป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นปกติได้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล

ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านและในชุมชน หากผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตเป็นปกติ ตามศักยภาพให้มากที่สุด ดูแลตนเองได้ จะทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของผู้สูงอายุมีความสุข ถือเป็นบทบาทของพยาบาลในทุกมิติ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาต่อไปนี้เป็นกรณีศึกษาตัวอย่างที่ผู้เขียนได้เลือกจากชุมชนเนื่องจากมีลักษณะเด่นที่ชัดเจนด้านพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากสมองเสื่อม

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 82 ปี สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่รับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ เริ่มมีอาการหลงลืม มาประมาณ 7 ปี อาการปัจจุบันมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย มีคำพูดรุนแรง ก้าวร้าว

การประเมินผู้ป่วย Behavioral and Psychological Symptom in Dementia ประเมินโดยใช้หลักการของ ABCs12 ดังนี้ ผลการประเมินได้ดังนี้

Antecedents สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลอื่นที่มาเล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยฟัง ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญใจ ไม่พอใจ ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วิตกกังวล

Behavioral อาการของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม อาการรับรู้ การเรียนรู้ได้แต่ไม่เข้าใจในความหมายของสิ่งที่ทำ สื่อสารไม่ถูกต้อง กลุ่มอาการทางกายที่พบ คือเดินหลงทางไม่มีจุดหมาย ด้านอารมณ์ที่พบคือ วิตกกังวล หงุดหงิด และพบอาการในกลุ่ม vegetative คืออาการกระวนกระวาย ไม่นอนกลางคืน

Consequences ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรม คือ ผู้ดูแลหลักเนื่องจากอยู่บ้านเดียวกัน

การตรวจร่างกาย (Physical Examination) หญิงไทยสูงอายุรูปร่างพอม ผิวดำ สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ สื่อสารไม่เข้าใจ มองเห็นปกติ เบื้องตาดำชัดเล็กน้อย มีฟัน 2 ซี่ ด้านล่างเป็นฟันฉีก ตักอาหารไม่ได้ กลืนอาหารได้มีสาลัก บางครั้งไม่มีอาการเหนื่อยหอบ บอกเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ การเดินทรงตัว เดิน ลุกได้เองลำตัวตรง มีเดินเซบางครั้ง ทำกิจวัตรส่วนตัวไม่ได้ น้ำหนักตัว 39 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ไม่พบบาดแผลตามร่างกาย

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ ADL ได้ 6 คะแนน (เป็นคะแนนด้าน transfer 3 คะแนน และ mobility 3 คะแนน) ซึ่งประเมินเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 68, IQcode ได้ 5 คะแนน วินิจฉัยเป็น Vascular Dementia และลงความเห็นให้เป็นบุคคลพิการประเภทที่ 6 ยาที่ได้รับในปัจจุบันได้แก่

- Omeprazole (20) 1x1 oral ac
- Donepezil hydrochloride (10) 1x1 pc
- Quetiapine Fumarate (25) 1x3 oral pc (จากเดิม

1x2 oral pc เป็นระยะเวลา 4 เดือน และเป็น dose 1x3 oral pc ถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 18 เดือน)

- Sertraline (50) 1 tab oral hs
- Trazodone (50) ½ tab oral hs
- Vitamin B Complex 1x2 oral pc
- Lorazepam (1) 1 tab oral hs and prn (เดิม 0.5 mg 1 tab oral hs x 1 ปี, 0.5 mg 1 tab oral hs and prn x 3 เดือน, 1 tab oral hs x 3 เดือน, 1 tab oral hs and prn -ปัจจุบัน ประมาณ 1 ปี

อาการปัจจุบัน การรับประทานอาหารต้องป้อน กลืนได้ลำบากบางครั้ง หยิบสิ่งของ หย้า ดิน หรือสิ่งของที่หยิบได้เข้าปาก บอกความต้องการไม่ได้ และไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้เอง ไม่เข้าใจในสิ่งที่พูด คำพูดจะเป็นคำ ๆ ถึงบุคคลเสียชีวิตแล้ว บางครั้งพูดคนเดียว มีอาการกลัว อาการก้าวร้าว กระวนกระวาย นั่งร้องไห้แบบไม่มีสาเหตุ ถอดเสื้อในที่โล่งแจ้งมีอาการทุกวันช่วงเวลาเย็น กลางคืนไม่นอน การประเมินญาติผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบประเมินผู้ดูแล Zarit Burser Interview¹⁸ เมื่อวันที่ 17 ธ.ค. 68 ได้ค่าคะแนน 29 แปลผลได้ว่ามีอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างรุนแรง

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ของกรณีศึกษาและกิจกรรมการพยาบาล

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ไม่นอนกลางคืน/จำนวนชั่วโมงการนอนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน เดินไปมาตอนกลางคืน ไม่นอน

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยไม่นอนกลางคืน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คุณภาพของการดูแลลดลง จากการไม่ได้นอน หรือนอนหลับไม่สนิท แนะนำญาติผู้ดูแลในช่วงกลางวันไม่ให้ผู้ป่วยนอนให้ทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้แทน และส่งปรึกษาแพทย์และได้รับการปรับยานอนหลับช่วย จัดเวลาการกิน การนอนในเวลาเดิมทุกวัน ห้องนอนปิดม่านเพื่อให้มืด ปัสสาวะก่อนเข้านอน และจำเป็นต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปนอน เนื่องจากผู้ป่วยบอกไม่ได้ว่าจะอุจจาระ ปัสสาวะ และจัดผู้ดูแลรองในตอนกลางคืน

การประเมินผล หลังปรับยาและเวลาในการทำกิจกรรม 1 เดือน ผู้ป่วยนอนได้ ไม่ลุกเดินกลางคืน

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : พฤติกรรมเดินหลงวุ่นวาย พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ฉุนเฉียว

ข้อมูลสนับสนุน เดินออกจากบ้าน เดินหลงทาง ห้ามในสิ่งที่ทำ จะอารมณ์ฉุนเฉียว

กิจกรรมการพยาบาล แนะนำญาติผู้ดูแล ติดป้ายชื่อหรืออุปกรณ์ติดตามตัว ทำประตูบ้านป้องกันการเดินหลงออกจากบ้าน ผู้ดูแลอยู่ด้วยและพาทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่อนคลายกรณีพฤติกรรมก้าวร้าว แนะนำให้ผู้ดูแลฟังผู้ป่วยโดยไม่ต้องพูดคัดค้าน หรือขัดแย้งผู้ป่วย เนื่องจากหลังเหตุการณ์ผ่านไปผู้ป่วยจะลืม และไม่ต้องกล่าวโทษหรือพูดเรื่องเดิมที่เป็นปัจจัยกระตุ้น ดังนั้นไม่ต่อต้านขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าว พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สายตาเป็นมิตร เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปเรื่องอื่น เช่น เปิดเพลง บทสวดมนต์ เป็นต้น และพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อปรับยาในลำดับถัดไป และญาติผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องสลับกับผู้ดูแลรอง หรือบุคคลอื่น เพื่อออกมาจากบรรยากาศซ้ำ เดิม ๆ บ้างเพื่อผ่อนคลาย ป้องกันภาวะเหนื่อยหน่ายจากการดูแล

การประเมินผล พฤติกรรมเดินที่ไม่มีจุดหมาย เมื่อมีผู้ดูแลอยู่ด้วยและนั่งเป็นเพื่อน พฤติกรรมเดินวนลดลง และหลังจากรับยาเพิ่มในเรื่องอารมณ์และพฤติกรรม การนอน ผู้ป่วยก้าวร้าวลดลง

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงช่วงคำ

ข้อมูลสนับสนุน มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย กลัว ร้องไห้ วิดกกังวล ในช่วงเวลาคำ

กิจกรรมการพยาบาล อธิบายพฤติกรรมดังกล่าวกับญาติผู้ดูแล ถึงสาเหตุ เพื่อให้เกิดการยอมรับ และวิธีปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการ แนะนำญาติผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาช่วงป่วย พาทำกิจกรรมง่าย ๆ หรือหากต้องปฏิบัติภารกิจต้องพาผู้ป่วยไปด้วย และให้ยาก่อนมีอาการคือช่วงเที่ยงถึงบ่าย ลักษณะการพูดคุยกับผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รู้สึกสบายใจและลดความกลัวคือจับมือและอยู่เป็นเพื่อน อาจไม่ต้องพูด พักหน้า หรือตอบรับบ้างทำให้คลายความกลัววิตกกังวลได้

การประเมินผล ไม่มีอาการกระวนกระวาย มีอาการกลัวหลบมุมได้ไ้ตะ แก่ไขโดยอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาขณะมีอาการ

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : พฤติกรรมที่ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจได้

ข้อมูลสนับสนุน ถอดเสื้อผ้าในที่เปิดเผยโล่งแจ้ง

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเปิดเผยร่างกายในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล กำจัดสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น เช่น อากาศร้อนไม่สุขสบายอาบน้ำ พาทำกิจกรรมอื่น หากพบแก้ไขโดยรีบนำผ้าไปคลุม เปลี่ยนจากผ้าถุงเป็นกางเกงขาสั้น ใส่ผ้าอ้อมเป็นบางเวลา แนะนำให้ผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ซึ่งก่อนหน้าจะปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างแนะนำให้อยู่ตลอดเวลาจะมีดะวัง และญาติผู้ดูแล 1 คนได้ลาออกจากงาน มาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

ผลการประเมิน ไม่พบพฤติกรรมดังกล่าวเนื่องจากญาติผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนตลอด (ลาออกจากงานมาดูแล)

อภิปราย

จากกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular Dementia) มีอาการ Mild Cognitive Impairment เมื่อ 10 ปีก่อน และเข้าสู่โรคสมองเสื่อม (Dementia) และมีการดำเนินของโรคตามระยะ ตั้งแต่แรกจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยรายนี้ พบตั้งแต่ระยะแรกของการดำเนินโรค และมากที่สุดในระยะกลางและรุนแรง ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเป็นหลัก ปัจจุบันเข้าสู่ระยะ Severe Dementia ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและสามารถดูแลได้โดยการจัดสรร สับเปลี่ยน เวลา บุคคลในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายได้

ดังกล่าวข้างต้นนอกเหนือจากความรู้จากทฤษฎีการเจ็บป่วยระยะของโรคอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การรักษาพยาบาลแล้ว การพยาบาลและการดูแลเป็นศิลปะ เป็นทักษะไม่น้อยไปกว่าการมีความรู้คือ ทักษะการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจกัน

การสื่อสาร เรื่องความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษา การดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแล บุตรหลานที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าใจ ความเชื่อด้านไสยศาสตร์เปลี่ยนแปลงได้ยาก สิ่งที่ได้คือยอมให้ทำในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ต้องระวังและสังเกตผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติทั้งพฤติกรรม ร่างกาย และบุคคลภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

ความเข้าใจและตกลงกันในหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักต้องชัดเจน เด็ดขาด และผู้ดูแลหลักต้องจัดสรรเวลาให้ตัวเองได้มีความเป็นส่วนตัวให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะจะทำให้มีความสุขใน

เรื่องของการใช้ชีวิต การดูแลระยะยาวจะนำมาซึ่งความเหนื่อยล้า และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

ลักษณะโทนเสียง น้ำเสียงและคำพูด ที่พูดคุยกับผู้ป่วย โทนเสียงที่แหลมและดังจะทำให้ผู้ป่วยมีการต่อต้าน อารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น พฤติกรรมและคำพูดของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมคือ พูดเสียงทุ้มช้า ๆ มองตาผู้ป่วย แล้วพูดเป็นประโยคสั้น ๆ ช้า ๆ ทำทีละอย่าง พูดสั้น ๆ และไม่พูดเสียงดัง จะทำให้ผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อม เริ่มต้นด้วยการประเมินระดับสติปัญญา ความจำ การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล ประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว กระวนกระวาย เดินไปมา หลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า วิดกกังวล ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเจ็บปวด ความหิว การติดเชื้อ เสียงดัง การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น และภาวะผู้ดูแล โดยเป้าหมายการพยาบาล คือลดพฤติกรรมก้าวร้าว/กระวนกระวาย ผู้ป่วยปลอดภัย อารมณ์คงที่มากขึ้น คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ และผู้ดูแลมีความเข้าใจและดูแลได้อย่างเหมาะสม และนำมาวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การสื่อสาร ต้องพูดช้า ชัด ใช้ประโยคสั้น น้ำเสียงสงบ ไม่ได้แย้ง เบี่ยงเบนความสนใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่สภาพแวดล้อมคงที่ ปลอดภัย ลดสิ่งรบกวน มีป้าย/สัญลักษณ์ช่วยการรับรู้ทำได้ จัดกิจวัตรสม่ำเสมอ กิจกรรมง่าย เหมาะสมกับความสามารถ การจัดการพฤติกรรมต่าง ๆ สังเกตตัวกระตุ้น หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมแรงทางบวก ด้านความปลอดภัย ป้องกันหกล้ม จัดอุปกรณ์ช่วย เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงเช่นเดินหลงทาง

การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ด้านโภชนาการ ความเจ็บป่วย การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ซึมลง สับสน เป็นต้น ดูแลในเรื่องการรับประทานอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอไม่ขาดยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียง ประเมินผลของการให้ยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ต้องสนับสนุนดูแลผู้ดูแลให้ได้รับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องของความรู้การดำเนินของโรค

การรักษา รวมถึงการพักผ่อนของผู้ดูแล ช่องทางต่าง ๆ ในการขอความช่วยเหลือ

และสุดท้ายการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากโรคสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงลดลง หรือสงบมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายกับผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีตามศักยภาพ และที่สำคัญผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล มีทักษะและมีภาวะสมดุลในมิติต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิต

ดังนั้นการพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินรอบด้าน การสื่อสารที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรม การป้องกันอันตราย และการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้จะประโยชน์สำหรับผู้อ่านโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Dementia [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://shorturl.asia/2T3Hu>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/OhdQt>
- Pimkrai A, Nantawang P, Muangkaew R, Threetippayarak A, Tipayajak N, et al. Cost of dementia disease in Chiang Mai Province [Internet]. Chiang Mai: Chiangmai Neurological Hospital; 2024 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://shorturl.asia/tQfOz>
- Kostelnick C. Longterm care nursing assistants. 8th ed. Iowa: Elsevier; 2020.
- Sukying J, Nakawiro D. Dementia in psychiatry Ramathibodi using DSM-5. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.
- Imkome E. Nurses in caring for older persons with dementia. In: Mental health and psychiatric nursing: application to selected cases. 5th ed. Bangkok: Thammasat University Press; 2022.
- สุทิสภา ปิติญาณ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
- Kwon YC, Lee B. Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling dementia patients: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2021;12:1–20.
- Sakunwiroad W, Junsirimongkol B, Khaektao P, Sommaluan S, Srikin T, Doungyota T, Tomood C. Prevalence and factors associated with behavioral and psychological symptoms in elderly people with dementia at Thailand tertiary care hospitals. *J Ment Health Thai*. 2024;32(3):176–88.
- Cloak N, Schoo C, Khalili YA. Behavioral and psychological symptoms in dementia [Internet]. NCBI Bookshelf. 2024 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>.
- Anantapong K, Jiraphan A, Aunjisakul W, Sathaporn K, Werachattawan N, Teetharatkul T, et al. Behavioral and psychological symptoms of people with dementia in acute hospital settings: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2025;54:1–12.
- Sittironnarit G. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): concept and treatment. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2011;56:449-60.
- Srisuwan P. Holistic care plan for dementia. *KKU Journal of Medicine*. 2018;4(3):27-35.
- Pattapat W. Nurse's role for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD. *Chonburi Hospital Journal*. 2021;46:159-64.
- Sributdee P. Nursing care in elderly patients with dementia. Appropriate physical activity for the elderly with dementia through the reducing disability in Alzheimer : DRAD. *Journal of Environmental Health*. 2022;7:247-58.

16. Poosri P, Booranarek S. Nursing care for older persons with dementia using evidence-based care in caring. JOPN. 2023;16(2):420-8.
17. Dewey J. Adaptation model of nursing [Internet]. EBSCO Information Services; 2023 [cited 2025 Nov 18]. Available from: <https://www.ebsco.com/research-starters/nursing-and-allied-health/adaptation-model-nursing>
18. ประวีร์ ปราโมทย์ศิริ, ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. ภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ. เวชสารแพทยทหาร. 2567;77(1):57-63.