

คลังความรู้เรื่อง
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล



การจัดการความรู้จากประสบการณ์การทำงาน

ของบุคลากรโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

จัดทำโดย

บุคลากรตึกชาย 9 ร่วมกับตึกหญิง 6

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่วๆ ไป เสื่อมลง อาจเนื่องมาจากการเสื่อมไปเองของสมองตามวัย หรือโรคของเนื้อสมองทำให้มีความผิดปกติในเรื่องของความคิด ความจำ ซึ่งจะเกิดผลตามมาที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความรู้สึกและพฤติกรรม ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์ อาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจถึงเรื่องโรคสมองเสื่อม เพื่อจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ ตึกชาย 9 และ ตึกหญิง 6 จึงได้ร่วมกันจัดทำคลังความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับพยาบาล โดยการนำเอาประสบการณ์การดูแลจากบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่า 5 ปี เพื่อสกัดเอาความรู้และกลวิธีต่างๆ มารวบรวมเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

จรินทร์ยา	เพชรน้อย
ประทุมวัน	ชัยยันต์
วีชรา	สนแดง
นิตยา	ศรีภิรมย์มิตร

2 กรกฎาคม 2555

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่วไปเสื่อมลง อาจเนื่องมาจากการเสื่อมไปเองของสมองตามวัย หรือโรคของเนื้อสมองทำให้มีความผิดปกติในเรื่องของความคิด ความจำ ซึ่งจะเกิดผลตามมาที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความรู้สึก และพฤติกรรม ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์ อาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจถึงเรื่องโรคสมองเสื่อม เพื่อจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมเสียหน้าที่การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาไม่รู้อัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคมและอาชีพได้

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

สาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่อย่างไรก็ตามมีสมมติฐานหลายประการที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การเสื่อมสลายของสมอง หรือมีการตายของเนื้อสมอง ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เนื้อสมองตาย โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน
2. เกิดจากพันธุกรรม โดยพบในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่พบความผิดปกติของยีนและโครโมโซมคู่ที่ 1 และ 14 เป็นต้น
3. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นส่งผลให้ยีนกลายพันธุ์ ซึ่งสมองเสื่อมจะมีสารที่ผิดปกติเป็นโปรตีนทั้งในและนอกเซลล์
4. เกิดจากการติดเชื้อไวรัสทำให้เกิดการอักเสบในสมอง มีการทำลายส่วนของเนื้อสมองบางส่วนตายไป เกิดเป็นอาการสมองเสื่อมได้
5. เกิดจากหลอดเลือดแดงสมองเสื่อม (vascular dementia) หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการตีบแข็งตัว และหนาตัวผิดปกติ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงก็จะทำให้เนื้อสมองตายได้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน

6. เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย ได้แก่ การทำงานของตับหรือไตผิดปกติทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย สมองจะไม่สามารถสังเคราะห์ได้ตามปกติ ถ้าภาวะนี้เป็นอยู่นานๆ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
7. เกิดจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดบริเวณสมองส่วนหน้า
8. เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามินบี 1 มักพบในผู้ป่วยที่ดื่มสุราและเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง
9. เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อ HIV
10. เกิดจากปฏิกิริยาของยาบางชนิดและการเกิดพิษจากยา
11. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นประจำ พบบ่อยในนักกีฬาบางชนิด เช่น นักมวย หรืออาจพบในผู้ที่ มีประวัติของการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ศีรษะกระแทกพื้น

การจำแนกระดับความรุนแรงของการการสมองเสื่อม

การจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับด้วยกัน ซึ่งพิจารณาจากจำนวนอาการและความรุนแรงของอาการที่เป็น และผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมา โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ ระยะนี้ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ไปได้ ด้วยตัวเอง แต่เริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การงาน และด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก มีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

ระดับที่ 2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ และอาจเกิดอันตรายถ้าไม่มีผู้คอยดูแลใกล้ชิด

ระดับที่ 3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรของตนเองเป็นอย่างมาก สับสนไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความจำอย่างมาก พูดไม่รู้เรื่อง หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นๆ อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

สรุปได้ว่าการแบ่งระดับอาการของสมองเสื่อมนั้นจะสัมพันธ์กับความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยยิ่งมีผลกระทบมากเท่าใด ระดับอาการก็เพิ่มขึ้นมากเท่านั้น

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคสมองเสื่อม เป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่รับรู้ ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา ความจำ การไตร่ตรอง การตัดสินใจ การจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ และภาวะรู้สติ ส่งผลให้การทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง โดยมีอาการและอาการแสดงสรุปได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. อาการทางด้านจิตใจ (psychotic symptoms) ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด ที่พบบ่อยคือ paranoid delusion โดยเฉพาะการรู้สึกรู้ว่ามีคนมาขโมยของมากที่สุด คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน คิดว่าคู่ครองมีชู้

1.2 อาการประสาทหลอน พบบ่อยที่สุดคือ ประสาทหลอนทางตา มักพบในระยะกลางของการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง

1.3 อารมณ์เศร้า ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญา สังเกตได้จากการที่อารมณ์เศร้า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ หรือพูดเรื่องความตาย

1.4 อาการเฉยเมย ในระยะต้นและระยะกลาง ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัว การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ใดๆ ขาดความริเริ่มในด้านต่างๆ

1.5 ความวิตกกังวล พบในระยะแรกๆ ผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก หรือสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

1.6 ปัญหาจากการนอน ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ เนื่องจากมีการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน จึงเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก

2. อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่

2.1 การเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย เช่น เดินหาข้าวของ พยายามออกจากบ้าน

2.2 อาการกระวนกระวาย มักแสดงออกมาในลักษณะการกรี๊ดร้อง พูดไม่เหมาะสม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มอาการดังนี้

2.2.1 ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกาย เช่น มีท่าทางแปลกๆ สะสมสิ่งของ นำสิ่งของไปซ่อน แต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ

2.2.2 มีอาการก้าวร้าวทางกาย มักพบในผู้สูงอายุชายที่มีอาการมากเช่น กัด หยิก ทูบตีคนรอบข้าง

2.2.3 ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดซ้ำๆ พูดตะกุกตะกัก

2.2.4 มีอาการก้าวร้าวทางวาจา เช่น ด่าทอ ทำเสียงแปลกๆ

2.3 การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด ผู้ป่วยจะแสดงความก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ ทำร้ายผู้อื่น

2.4 อาการบ่น ซึ่งเกิดจากอาการหลงผิด

2.5 การขาดการยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจ เช่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พูดจาหยาบคาย ถูกเนื้อต้องตัวผู้อื่น วุ่นวายกับผู้อื่น ทำลายข้าวของ ร้องไห้ดีใจหรือเสียใจมากผิดปกติ

2.6 การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ อาการที่พบ เช่น รับประทานอาหารตลอดเวลาเพราะคิดว่ายังไม่ได้รับประทาน ทั้งนี้เป็นเพราะการหลงลืม

2.7 การเอาแต่ใจ ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีความอดทนต่อการรอเรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ วุ่นวายผู้อื่นโดยไม่รู้กาลเทศะ

2.8 การต่อต้าน ผู้ป่วยจะมีลักษณะคือ ปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ

การรักษาโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมมีสาเหตุการเกิดโรคได้หลายสาเหตุทั้งที่รักษาได้และไม่ได้ จึงจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมและรักษาตามสาเหตุนั้น ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังนี้

1. รักษาสาเหตุในรายที่รักษาได้ เช่น การให้ยาไทรอยด์ฮอร์โมนในรายที่ขาดไทรอยด์ฮอร์โมน หรือการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกในสมองออก การรักษาโรคทางกายอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วยและการใช้ยาที่ช่วยให้อาการทางสมองดีขึ้น
2. รักษาเรื่องความจำเสื่อม ด้วยยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิดได้ ซึ่งจะได้ผลดีเมื่อให้ในผู้ป่วยที่มีอาการระยะแรกๆ แต่ยาชนิดนี้ไม่ได้ทำให้โรคนี้หายไป แต่ชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรค และ วิตามินอี เป็นยาที่ช่วยชะลอการดำเนินโรคได้เช่นกัน
3. รักษาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น เอะอะ วุ่นวาย เห็นภาพหลอน ไม่ร่วมมือกับญาติ เป็นต้น การแก้ไขปัญหานี้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล ในบางรายที่ไม่ได้ผลอาจต้องให้ยาเพื่อลดอาการ
4. การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้มักมีความเครียดและทุกข์ใจมาก จึงควรมีระบบการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ให้ผู้ดูแล

การช่วยเหลือระหว่างทีมบุคลากรแพทย์ และพยาบาล หรือระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การจัดอบรมทักษะ การดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลมีช่วงพักเพื่อคลายเครียด เป็นต้น

ทักษะและกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีผลต่อบุคคลทั้งด้านสติปัญญาและด้านจิตใจ ทำให้เกิดอาการทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นอย่างมาก ลักษณะการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ อาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งไม่สามารถหายกลับมาเป็นปกติได้ ดังนั้นรูปแบบการช่วยเหลือจึงต้องคำนึงถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัญหาที่พบและวิธีการจัดการกับปัญหา

ระดับการจัดการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน และการทรงตัวขณะกำลังยืนหรือเดิน ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ และวิธีการจัดการเมื่อพบปัญหามีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

ปัญหาที่มักพบคือ จำไม่ได้ว่าได้ทานอาหารไปแล้ว ไม่รู้จักวิธีใช้ช้อนส้อม มีปัญหาในการเคี้ยว การกลืน

วิธีการจัดการ

- ☺ ประเมินผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเบิกและจัดอาหารให้เหมาะสม เช่น อาหารอ่อน อาหารบดหยาบ อาหารเหลว หรือถ้าผู้ป่วยเบื่ออาหารจำเอาจประเมินได้จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง
- ☹ ประเมินพฤติกรรมการเคี้ยว/กลืนอาหาร และพิจารณาปรับเปลี่ยนอาหารตาม que ผู้ป่วยต้องการอาหารชนิดนั้นๆ
- ☹ การสังเกตมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่อาจพูดสื่อสารได้ รู้เรื่อง พยาบาลอาจพบเห็นอาการผิดปกติระหว่างการรับประทานอาหารได้

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารบกพร่อง สังเกตเห็นว่ามีอาการกระสับกระส่าย ใบหน้าซีด และเริ่มแดงคล้ำ ตรวจสอบพบว่ามีการติดคออยู่ ... หรืออีกราย ระหว่างรับประทานอาหารผู้ป่วยนั่งก้มหน้า ล้มตัวลงนอนซบๆ ที่ตกอาหาร และมีอาการกระตุกๆ เมื่อถามสื่อไม่รู้เรื่อง ให้การช่วยเหลือ พบว่า มีอาหารติดคอเพราะไม่ได้กลืน เพราะผู้ป่วยเคยสำลักอาหารมาก่อน

- ☺ ไม่นำอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการติดคอและสำลัก มาให้ผู้ป่วยรับประทาน พร้อมทั้งติดป้ายไว้ที่หน้าแพ้มผู้ป่วยแจ้งชนิดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
- ☺ กรณีผู้ดูแลมีน้อยและผู้ป่วยมาก จัดผู้ป่วยให้รับประทานอาหารในบริเวณเดียวกัน เพื่อสะดวกในการดูแลช่วยเหลืออย่างทั่วถึงและใกล้ชิด หรืออาจมอบหมายพิเศษในรายที่เสี่ยงต่อการสำลัก
- ☺ บางครั้งเราอาจวางแผนเช่น ดูแลให้ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้เองรับประทานก่อน จากนั้นค่อยให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักรับประทานทีหลัง จากนั้นจึงป้อนอาหารในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- ☺ เบิกอาหารและตรวจสอบอาหารให้ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วย ก่อนจัดแจกอาหารให้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะเหนียว เคี้ยวยาก ชิ้นใหญ่
- ☺ จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการรับประทานอาหาร เช่น ผู้ป่วยที่มีการนั่งทรงตัวไม่ดี ไขหัวเตียงให้สูง และให้ใช้หมอนหนุนช่วยพยุงในการนั่งทรงตัวรับประทานอาหารเพื่อป้องกันไม่ ให้ผู้ป่วยตัวเอียงหรือล้มขณะรับประทานอาหาร
- ☺ จัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการรับประทานอาหาร เช่น จัดให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารร่วมกันที่โต๊ะ เพื่อสร้างบรรยากาศคล้ายอยู่บ้าน และเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายอื่นๆ เน้นในรายที่ผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้ดี
- ☺ พยายามคงบรรยากาศการรับประทานอย่างเดิมๆ ที่เคยเป็นประจำไว้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา ที่เริ่ม ถ้วยชาม ตำแหน่งของโต๊ะหรือเก้าอี้ เป็นต้น
- ☺ จัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างเพียงพอ และมีคุณค่าทางอาหาร
- ☺ จัดอาหารว่าง เป็นอาหารเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานระหว่างมื้อเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนมาก รับประทานอาหารได้น้อย แต่สามารถรับประทานได้บ่อยครั้ง
- ☺ พยาบาลต้องเอาใจใส่ในการดูแลขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร รวมทั้งฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ตัวอย่างเช่น
“...ผู้ป่วยเห็นอะไร หยิบใส่ปากทุกอย่าง...” การดูแลเวลาป้อนอาหารต้องจัดอาหารให้ทีละอย่าง หรืออาจคลุกรวมกัน และบอกผู้ป่วยเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยหยิบสิ่งที่ไม่ใช่อาหารเข้าปากว่า “สิ่งที่หยิบไม่ใช่ของกิน”
“...ผู้ป่วยอมข้าว ไม่ยอมกลืน ...” การดูแลต้องบอกทีละขั้นตอน ใช้การสัมผัสให้ไว้วางใจและคุ้นเคย ชมเชย เช่น “เก่งมาก” “ดีค่ะ” หรือ “คุณลุง/คุณป้า เก่งมากๆ เลยค่ะ”
- ☺ การป้อนอาหารในผู้ป่วยบางรายที่หลงลืมเรื่องการรับประทานอาหาร อาจตั้ง อดใช้วิธีพูดเบี่ยงเบน บางครั้ง เช่น ผู้ป่วยชอบทานผักมะเขือยาวแต่ในมือนั้นไม่มีผักมะเขือ อาจบอกว่า “.. ผักผักนั้นเป็นผักมะเขือ” ซึ่งผู้ป่วยก็ยอมรับประทานด้วยดี

- ☹️ ขณะป้อนอาหาร ควรพูดคุยพร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในผู้ป่วยบางรายที่ลิ้มการกิน การเคี้ยว หรือมีพฤติกรรมอมอาหารไว้ในปาก ต้องช่วยป้อนอาหารคล้ายกับป้อนเด็กเล็กๆ เช่น คอยบอกว่า “เอ้ากิน .. อ้า .. เคี้ยว ... กลืน” ตามจังหวะการรับประทานของผู้ป่วยโดยพูดซ้ำๆ และป้อนซ้ำๆ ไม่รีบเร่ง ผู้ป่วย
- ☹️ ควรระวังอาหารที่ร้อนจัดเกินไป เพราะผู้ป่วยอาจรับรู้ไม่ได้เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน
- ☹️ อาหารบนโต๊ะไม่ควรมีหลายๆ อย่างพร้อมกัน เพราะอาจทำให้สับสนได้
- ☹️ พยาบาลควรบันทึก หรือรายงานผลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้กับทีมผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ เพื่อประเมินติดตามต่อเนื่องได้ เช่น การส่งเวร การเขียนบันทึกทางการพยาบาล (N2)

2. การขับถ่าย

ปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นปัญหาอันดับต้นๆ ซึ่งปัญหาการขับถ่ายที่พบบ่อยได้แก่ ปัสสาวะรดที่นอน ขับถ่ายเรี่ยราดไม่เป็นที่ ไม่เป็นเวลา ปัสสาวะลำบาก หรือปัสสาวะบ่อยครั้ง ครั้งละน้อยๆ ขับถ่ายแล้วบอกว่ายังไม่ได้ถ่าย หาห้องน้ำไม่พบ เข้าไปในห้องน้ำแล้วไม่รู้จะทำอะไร ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถจัดการได้ดังต่อไปนี้

วิธีการจัดการ

- ☹️ สังเกตพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยพร้อมทบทวนสิ่งที่สังเกตพบ ตัวอย่างเช่น

สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย “...ผู้ป่วยถกขาทางเข่งขึ้น แสดงถึงทำที่ว่าจะขับถ่าย”...ทราบจากการสังเกตพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่นนี้ทุกครั้งก่อนขับถ่าย ทำให้ทราบว่า เมื่อใดที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเช่นนี้ ให้พาไปห้องน้ำทันทีก่อนที่จะขับถ่ายรดทางเข่งหรือถ่ายเรี่ยราด
- ☹️ การวางแผนเพื่อปรับแก้ปัญหาการขับถ่าย เช่น ประสานโภชนาการในการเบิก อาหารที่มีกากและย่อยง่ายเพื่อช่วยการขับถ่าย หรือบางรายเบิกน้ำมะขามให้ดื่มก่อนนอนช่วยระบาย
- ☹️ ดูแลต่อเนื่อง ฝึก และสอนผู้ป่วยปฏิบัติซ้ำๆ เช่น

กระตุ้นและพูดบ่อยๆ ว่า “เข้าห้องน้ำนะ” “ถ่ายเสร็จแล้วล้างกันนะ” ฝึกและบอกซ้ำๆ เช่นนี้ทุกครั้งที่ขับถ่าย
- ☹️ ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะในช่วงกลางวันทุก 2-4 ชั่วโมงโดยการพาเข้าห้องน้ำ โดยให้รางวัลกับผู้ป่วยเป็นการเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น การให้ขนม น้ำหวาน หรือการพูดชื่นชม
- ☹️ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามที่เหมาะสมเพื่อเบี่ยงเบน ความสนใจจากการหมกมุ่น หรือกังวลกับการขับถ่าย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย

- ☺ มีการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาการขับถ่ายเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาขับถ่ายบ่อยหรือติดตามสังเกตผู้ป่วยขับถ่ายผิดปกติ (ท้องเสีย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือคาสายสวน)
- ☺ หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูก หรือสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีท่าที่บอกลถึงความต้องการขับถ่าย เช่น กระสับกระส่าย ดึงผ้า เอามือกุมบริเวณก้น หรือใช้มือล้วงก้นเพื่อควักอุจจาระตนเอง พยาบาลต้องช่วยเหลือ เช่น รายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการท้องผูก ให้ยาตามแผนการรักษาหรือการช่วยล้วง
- ☺ จำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาเข้านอน ไม่ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลานอน
- ☺ อำนวยความสะดวกในการเดินเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟไว้ในห้องน้ำ และทางเดินไปห้องน้ำ ติดสัญลักษณ์แสดงว่าเป็นห้องน้ำไว้ให้ชัดเจน
- ☺ เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรเป็นชุดที่ถอดออกง่าย
- ☺ เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ เตียงผู้ป่วย
- ☺ หากมีความจำเป็นอาจต้องใช้เพมเพอร์ส่วมด้วย
- ☺ มีระบบการดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด
- ☺ มีการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
- ☺ ลงบันทึกข้อมูลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ของผู้ป่วยทุกวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามประเมินการดูแลช่วยเหลือต่อไป

3. การอาบน้ำ

ปัญหาที่มักพบคือ มักจะลืมที่จะอาบน้ำ หรือไม่ยอมอาบน้ำ ลืมวิธีอาบน้ำ

วิธีการจัดการ

- ☺ การให้การพยาบาลควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือให้ความร่วมมือในการดูแลเพิ่มขึ้น
- ☺ ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยควรใช้กิริยาท่าทางที่นุ่มนวล น้ำเสียงอ่อนโยน มีความอดทน และใจเย็นในการดูแลผู้ป่วย น้ำเสียงชวนฟัง พร้อมกับท่าที่เป็นมิตร
- ☺ พยาบาลควรมีความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน กิจวัตรใดผู้ป่วยทำได้ควรให้ผู้ป่วยทำเอง ไม่ควรทำกิจวัตรให้ผู้ป่วยทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจะขาดทักษะ ความเชื่อมั่นและเป็นการบริหารกล่อมเนื้อมัดต่างๆ ของผู้ป่วยได้

☺ ใช้กลวิธีหรือเทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป อาจเริ่มจากการตักน้ำรดลำตัวให้ผู้ป่วยจับสบู่ และพยาบาลช่วยถูตัวให้ จากนั้นล้างน้ำออก และใช้ผ้าซับตัวให้แห้ง แล้วช่วยพยุงออกมาจากห้องน้ำ อาจต้องใช้เจ้าหน้าที่ 2 คน ช่วย

☺ ในการสื่อสารกับผู้ป่วย อาจต้องใช้ภาษาและท่าทางประกอบในการฝึกกิจวัตร และฝึกให้ทำซ้ำๆ สม่ำเสมอ ควรให้เวลากับผู้ป่วย และไม่ควรรีบเร่งผู้ป่วย

☺ พยายามคงกิจวัตรการอาบน้ำของผู้ป่วยไว้ให้เหมือนเดิม เช่น เคยอาบน้ำตอนเช้า ก็ควรคงเวลาเดิมๆ ไว้

☺ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไปเล็กน้อยหลังจากอารมณ์ดีขึ้น

☺ ควรระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย เช่น ควรมีราวเหล็กข้างผนังไว้สำหรับยึดเพื่อกันหกล้ม มีผ้ายารองพื้นชนิดกันลื่น

☺ ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอายในขณะที่ถูกช่วยอาบน้ำ อาจหาผ้าคลุมไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วนไว้ได้

4. การแต่งตัว

ปัญหาที่มักพบ คือ ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีไว้ทำอะไร ไม่ทราบวิธีการใส่ จำไม่ได้ว่าเก็บเสื้อผ้าไว้ไหน ไม่ทราบว่าจะต้องใส่อะไรก่อน-หลัง

วิธีการจัดการ

☺ เตรียมเสื้อผ้าที่สะอาดไว้ให้ใส่อย่างเป็นลำดับ

☺ เรียงลำดับสิ่งที่ไว้เสมอทุกครั้ง เช่น วางกางเกงบนเสื้อเพื่อให้ผู้ป่วยหยิบกางเกงมาสวมก่อนสวมเสื้อ

☺ คงสถานที่แต่งตัวให้เป็นตำแหน่งเดิมทุกครั้ง

☺ ให้เวลากับผู้ป่วยในการแต่งตัวบ้าง

☺ พยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย ไม่ควรเป็นเสื้อผ้าที่ใส่ลำบากหรือยุ่งยาก

5. ปัญหาการนอน

ปัญหาที่มักพบ คือ ไม่นอนตอนกลางคืน เดินไป-มา หลับมากในตอนกลางวัน

วิธีการจัดการ

☺ พยายามจัดเวลานอนให้เป็นประจำคงที่สม่ำเสมอ

- ☹ คอยเตือนผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงเวลาเข้านอน
- ☹ พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่ไม่ควรเกินบ่าย 3 โมงเย็น
- ☹ กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาเดินเป็นประจำในช่วงเช้า และช่วงเย็น
- ☹ การใช้ยานอนหลับอาจทำให้มีอาการสับสนมากขึ้นควรปรึกษาแพทย์เมื่อผู้ป่วยยังมีอาการนอนไม่หลับ

6. ปัญหาอาการประสาทหลอน

ปัญหาที่มักพบ คือ ได้ยินเสียงแว่วหรือเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยบางรายจะตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองรับรู้ด้วย เช่น พูดโต้ตอบ หรือแสดงท่าทางโต้ตอบ

วิธีการจัดการ

- ☹ ควรมีการตรวจการมองเห็นและการได้ยินของผู้ป่วยว่าบกพร่องหรือไม่
- ☹ ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงสาเหตุอื่นๆ ที่จะทำให้เกิดอาการเหล่านี้ เช่น ยาบางชนิด การติดเชื้อ เป็นต้น
- ☹ ไม่ควรเถียงผู้ป่วยแต่ควรพูดด้วยท่าทีที่ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับรู้
- ☹ อาจลอบหรือถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น
- ☹ หากอาการประสาทหลอน ก่อให้เกิดผลอันตราย หรือผลเสียหายต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือคุกคาม ก็ไม่ควรตกใจกับอาการเหล่านี้ ให้ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลืมในสิ่งที่กำลังพูด

การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน

การที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน ดังนั้น หากญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวดังต่อไปนี้

- ☹ อธิบายให้ญาติ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา อาการและอาการแสดง วิธีการจัดการกับปัญหา การจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย
- ☹ แนะนำญาติให้มีการผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย

☺ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมักเดินออกนอกบ้านแล้วหลง หาท างกลับบ้านไม่ได้ ดังนั้นควรแนะนำญาติเรื่องการเฝ้าระวังผู้ป่วยเดินหลงออกนอกบ้าน เช่น เขียนชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ติดไว้ในกระเป๋าเสื้อหรือ แขนงที่สร้อย หรือถ่ายรูปผู้ป่วยไว้เป็นระยะๆ ให้ใกล้เคียงสภาพปัจจุบันมากที่สุด

☺ แนะนำญาติเรื่องการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

☺ แนะนำเบอร์โทรศัพท์ที่ญาติสามารถติดต่อขอข้อมูลเรื่องการดูแล หรือปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านการดูแล*

ผู้สูงอายุ: การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข.

กัมมันต์ พันธจินดา. (2543). *สมองเสื่อมโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

นันทวิภา ทวีชาชาติ. (2543). *การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนัส ธีญญะกิจไพศาล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์*. กรุงเทพฯ: บริษัท

พี เค โพรมิเนนท์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว

การพิมพ์.

รายนามผู้ร่วมแบ่งปันประสบการณ์

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. นางสาวภา | ปานเพชร |
| 2. นางจินดา | สุวรรณมณี |
| 3. นางอรณลิน | สิงขรณ์ |
| 4. นางผ่องพิศ | อินทวิเศษ |
| 5. นางจำปา | สุทธิรักษ์ |
| 6. นางอรุรัตน์ | ปานเพชร |
| 7. นางอัมพชรินทร์ | บุญญาธิการ |
| 8. นางรัตนา | จันทร์เจริญ |
| 9. น.ส.นิภาพร | แสนสระดี |
| 10. น.ส.ประไพพร | เพชรประดับสุข |

- | | |
|------------------|------------|
| 11. นางบุญเรียง | แก้วพิชัย |
| 12. นางจุฑาทิพย์ | อาวุธ |
| 13. นางศรีเวียง | ศรีเทพ |
| 14. นางสมพร | นิลสวัสดิ์ |
| 15. นายปราโมทย์ | บุญญาธิการ |
| 16. นายวิทยา | บุญচিত |
| 17. นางเจริญศรี | ขวัญรอด |