

คลังความรู้

เรื่อง

“วิธีการของผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี
ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (BPSD)”



จากการจัดการความรู้

ของ

คลินิกจิตเวชสูงอายุ ตึกชาย 9 และตึกหญิง 6

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เดือน มิถุนายน 2557

คำนำ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิต ในการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิต และจิตเวชสูงอายุสู่ความเป็นเลิศ ภายในปี 2559 นั้น กลุ่มโรคที่ทางโรงพยาบาลนำมาพัฒนาเพื่อให้สอดคล้อง กับนโยบายคือ โรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เพราะมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

คลินิกจิตเวชสูงอายุ ตึกชาย9 และตึกหญิง 6 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลผู้ป่วยโรคดังกล่าว จึง ร่วมกันดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “วิธีการของผู้ดูแลในการจัดการกับ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีปัญหา BPSD” และสัมภาษณ์ผู้ดูแล เพื่อนำประสบการณ์มาร้อยเรียงกับทฤษฎี ตำรา เอกสาร และการบรรยายจาก นักวิชาการที่มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเฉพาะด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสี ื่อม โดยนำ ความรู้และประสบการณ์มาสกัดเป็นกลวิธีเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในโอกาส ต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยลดความเป็นภาระของญาติได้อีกด้วย

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้วิพากษ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข เพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์ ครบถ้วน และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณบุคลากรและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างสูงที่เสียสละเวลา มาร่วมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการเรียนรู้ และเหนือสิ่งอื่นใดหากไม่มีผู้ป่วยให้ศึกษา หรือเรียนรู้ การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้คง ไม่ลุล่วงไปด้วยดี จึงกราบขอขอบคุณผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

คณะผู้จัดทำ

22 กันยายน 2557

โรคสมองเสื่อม

 ความหมาย

 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

 อาการและอาการแสดง

 การวินิจฉัย

 ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)

 การรักษาอาการ BPSD

ปัญหาและวิธีการของผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD

 สิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

 บรรณานุกรม

 ภาคผนวก

 การสัมภาษณ์ผู้ดูแล

 แลกเปลี่ยนประสบการณ์

โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบประมาณร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นได้เป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดเลือด แต่ยังมีสาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ยังสามารถรักษาได้ เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยเกินไป หรือ กลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากอาการซึมเศร้า

ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) หรือเรียกง่าย ๆ ว่าอาการของ BPSD นั้น จะมีอาการ หลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ วิดกกังวล อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ ครั่นใจ เฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์ ขาดความยับยั้งชั่งใจ อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมแปลกไปจากเดิม นอนไม่หลับมีปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน ความอยากอาหารและการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ซึ่งปัญหาดังกล่าว พบร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมมานานแล้ว เพียงแต่ไม่มี การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นระบบเท่าที่ควร เพิ่งมีการศึกษาอย่างเป็นระบบเมื่อประมาณช่วงปี พ.ศ. 2533

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีวิธีการในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD เพื่อลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

ความหมาย

ภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ จากระดับที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน กลับไปสู่ภาวะที่สมองเคยเป็น ในอดีตเมื่ออยู่ในวัยเด็ก 3-4 ขวบ หรือวัยทารก ถ้าความเสื่อมถอยของสมองรุนแรงมากถึงขั้นสูงสุด ในระยะเริ่มต้นความเสื่อมถอยของสมองจะแสดงออกให้เห็นเป็นความผิดปกติด้านความจำ ด้านพฤติกรรม กิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน หรือด้านอารมณ์ อาจเป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งก่อน หรือพร้อม ๆ กันหลายด้านก็ได้ อัตราการเสื่อมถอยของสมอง จากขั้นต้นถึงขั้นสุดท้าย จะช้า เร็ว รุนแรงมากน้อย ขึ้นกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของสมองเสื่อม

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

มีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. โรคอัลไซเมอร์ (Dementia of Alzheimer Type, DAT) พบได้ร้อยละ 50-60 เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้สูงอายุ พบในคนอายุน้อยได้แต่ไม่มากนัก ดังนั้นจึงเป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด และจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ คือราวร้อยละ 70-80 ของผู้ที่มีสมองเสื่อม โรคนี้จะเป็นสาเหตุทำให้สมองฝ่ออย่างรวดเร็ว และมีปัญหาด้านความจำ การพูด ความคิด การกระทำ อารมณ์ การ

ตำราชีพ และบุคลิกภาพผิดไปอย่างชัดเจน ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคนี้ชัดเจนว่าเกิดจากสิ่งใด แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากพันธุกรรม โครโมโซมคู่ที่ 21 ผิดปกติทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลาย การติดเชื้อ สารพิษ เช่น สารอลูมิเนียม แอลกอฮอล์ ยาบางชนิดตลอดจนภูมิคุ้มกัน

2. โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันหรือแตก โรคนี้พบราวร้อยละ 20 ของผู้ป่วย

ความแตกต่างของภาวะสมองเสื่อมระหว่างโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมอง คือ เนื้อสมองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะตายทั่วไปพร้อมๆกัน จึงทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลงทุกๆด้าน แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื้อสมองจะตายเฉพาะส่วน จึงพบความผิดปกติเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดและเป็นความผิดปกติเฉพาะด้าน เช่น ชั้บรถชน หมดสติ หรือมีบุคลิกเปลี่ยนแปลงแต่ความจำยังดี

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมคือ

1. โรคหลอดเลือดสมอง เช่น เคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตมาก่อน หรือเคยมีอุบัติเหตุที่ศีรษะ
2. โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน โรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคซึมเศร้า อาการซึม ภาวะสับสนเฉียบพลัน ฯลฯ
3. ผู้หญิงมีระดับฮอร์โมนเพศหญิงต่ำมานาน
4. การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือสิ่งเสพติด
5. น้ำหนักตัวเกิน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง
6. สารพิษในสิ่งแวดล้อมรอบตัว
7. ระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (hyperhomocysteinemia)
8. กรรมพันธุ์ พบว่า คนที่มีพ่อหรือแม่มีภาวะนี้จะมีโอกาสเกิดมากกว่าคนที่พ่อแม่ปกติ 3 เท่า ถ้าพ่อและแม่มีภาวะนี้ จะมีโอกาสเป็นมากกว่าปกติถึง 5 เท่า นอกจากนี้ อาจมีความสัมพันธ์กับสารพันธุกรรมชื่อ Apo E4 โดยพบว่า คนที่ตรวจพบสารนี้ 1 ชุด มีอัตราเสี่ยงร้อยละ 47 และถ้าตรวจพบสารนี้ 2 ชุด จะมีอัตราเสี่ยงถึงร้อยละ 91

อาการและอาการแสดง

อาการสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ ผู้ป่วยจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ การงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

2. ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลาสถานที่ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสิ้นใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

3. ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมาก จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสนไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

1. ต้องมีความบกพร่องของความจำ และ
2. มีความผิดปกติของการทำงานของสมองในด้านต่างๆเหล่านี้อย่างน้อย 1 ด้าน
 - 2.1 ไม่สามารถจะบอกชื่อสิ่งของได้ ทั้งๆที่ความสามารถในการพูดปกติ
 - 2.2 ไม่สามารถลงมือกระทำเหตุการณ์ต่างๆได้เมื่อถูกบอกให้ทำ ทั้งๆที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย แขน ขาปกติ
 - 2.3 ไม่สามารถในการระบุสิ่งของได้ แม้ว่าประสาทสัมผัสยังดีอยู่
 - 2.4 ความคิด การตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป
3. ต้องมีการสูญเสียหรือกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

1. ความคิดหลงผิด ผู้ป่วยมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เช่น พูดบ่อยๆว่า จะมีคนมาคอยทำร้ายหรือขโมยของ คนในบ้านไม่ใช่คนเดิมที่เคยรู้จัก หรือบ้านที่ผู้ป่วยอยู่ไม่ใช่บ้านหลังเดิม หวาดระแวงว่าคู่สมรสนอกใจ โดยไม่ใช่แค่ผู้ป่วยคิดสงสัย แต่ผู้ป่วยมั่นใจว่าสิ่งที่คิดเป็นจริง
2. ประสาทหลอน ผู้ป่วยเห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริง หรือได้ยินเสียงที่ไม่มีอยู่จริง เช่น เห็นภาพหลอน เห็นเชือกเป็นงู หูแว่ว ไม่ใช่เพียงแค่ผู้ป่วยที่ก่กักผิดๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยจะพูดว่าเพื่อนหรือญาติยังมีชีวิตอยู่ทั้งที่เพิ่งเสียชีวิตไปเร็วๆนี้
3. กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะร่วมมือหรือไม่ยอมให้คนอื่นช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ซึ่งอาจจะก้าวร้าวทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น การด่าคำหยาบ เงื้อมือจะตบทุบตีลูกหลานหรือผู้ดูแล

4. ซึมเศร้า/ละเหี่ยใจ ผู้ป่วยเคยร้องไห้ สะอื้น พูดว่ามีความเศร้าโศก ไม่มีกำลังใจ เหมือนตัวเองกำลังแยหรือล้มเหลว รู้สึกท้อแท้ไม่มีอนาคต เป็นภาระของครอบครัว บ่นอยากตายหรือพูดถึงการฆ่าตัวตาย
5. ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีลักษณะวิตกกังวล หงุดหงิด ตื่นกลัวโดยไม่มีเหตุผล ดูเหมือนมีอาการตั้งเครียดหรือหยุกหยิกอยู่ไม่สุข หรือตื่นกลัวเมื่อต้องห่างจากผู้ดูแล
6. อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ/ครีมีใจ ผู้ป่วยดูร้ายแรงหรือแสดงออกว่ามีความสุขมากเกินไป ไม่ใช่ความสุขตามธรรมดาเมื่อได้เจอเพื่อนฝูง เจอครอบครัว หรือเมื่อได้รับของขวัญ แต่ผู้ป่วยจะมีความสุขอยู่ตลอดเวลาเกินกว่าที่เคยเป็น หรือในขณะที่ผู้อื่นไม่ได้รู้สึกไปด้วย
7. ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ ผู้ป่วยขาดความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัว ทั้งในกิจกรรมต่างๆของตนเอง หรือขาดแรงจูงใจที่จะเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ หรือมีลักษณะเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ ชอบอยู่ตามมุมห้อง
8. ความไม่ยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยทำอะไรหุนหันพลันแล่นโดยไม่คิด พูดหรือทำอะไรที่ปกติแล้วจะไม่พูดหรือทำในสิ่งที่ไม่ควรทำในที่สาธารณะ กระทำสิ่งที่น่าอับอายต่อผู้ดูแลหรือคนอื่น หรือมีการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่ระวังอารมณ์เพศของตนเอง อารมณ์หึงหวงมากกว่าปกติ
9. อารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายหรือถูกทำให้โกรธได้ง่าย ซ้ำไม่ให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ไม่มีความอดทน ผิดปกติไปจากคนเดิม
10. พฤติกรรมแปลก ผู้ป่วยเดินไปเดินมา ทำอะไรซ้ำๆ เช่น เปิดตู้เสื้อผ้า หรือปิดลิ้นชักซ้ำแล้วซ้ำอีก จับคำสั่งของซ้ำๆ หรือแกะกระดุมซ้ำๆ พับผ้าแล้วรี้ออกพับใหม่ ใส่เสื้อผ้าหลายชั้น ใส่เสื้อตัวเดิมๆ ซ้ำๆ
11. การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ตื่นขึ้นมากกลางดึก เดินไปเดินมาลุกขึ้นแต่งตัว รบกวนการนอนของผู้อื่น
12. ความอยากอาหารและการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร น้ำหนัก นิสัยการรับประทานอาหาร หรือประเภทของอาหารที่เคยชอบ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารสับประรดผัดกับหมูมากกว่า 3 ปี รับประทานอาหารรสเผ็ดจัด รับประทานอาหาร ไม่รู้จักอิ่ม อิ่มไม่เป็น รับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่ชอบ ของที่ไม่ชอบรับประทาน กลับชอบ รับประทาน ของที่เคย รับประทาน กลับไม่รับประทาน

การรักษา

หลักการรักษาอาการ BPSD ที่สำคัญที่สุดคือ การประสมประสาน ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมและ กิจกรรม การรักษาบางอย่างโดยเฉพาะการใช้ยารักษาอาการ BPSD จะก่อให้เกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ หรือก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แม้จะพบไม่บ่อยก็ตาม

การรักษาอาการ BPSD ที่ดีที่สุด คือ

1. การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ
2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา
3. การรักษาด้วยยา

ปัญหาและวิธีการของผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD

❖ ความคิดหลงผิด

- กรณีผู้ป่วยหลงผิดคิดว่ามีคนมาขโมยของหรือสมบัติ ให้เขียนชื่อบนสิ่งของผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ
- กรณีผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าถูกทอดทิ้ง ให้สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย และดูแลเอาใจใส่มากกว่าเดิม เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พบปะกับญาติหรือเพื่อนสนิทได้บ่อยขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและต้องการอยู่ ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร
- ไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย
- ให้ยาต้านโรคจิต

❖ ประสาทหลอน

- ขจัดสิ่งเร้า ลดสิ่งกระตุ้น
- ปรับสิ่งแวดล้อม
- ให้ข้อมูลที่เป็นจริง
- ไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย
- หากิจกรรมอื่นทำ เพื่อลดความหมกมุ่นกับเสียงหรือภาพนั้นๆ เช่น วาดภาพ เล่นเกมส์
- ให้ยาต้านโรคจิต

❖ กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว

- พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยนนุ่มนวลและสายตาที่เป็นมิตร
- ผู้ดูแลต้องใจเย็น ไม่โต้เถียงหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย นิ่งเงียบดีที่สุด
- ห้ามผูกมัดโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยต่อต้านและก้าวร้าวมากขึ้น
- เบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่อง que ผู้ป่วยเคยชอบ เปลี่ยนห้อง หรือเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่
- ดนตรีบำบัด
- การใช้กลิ่นหอมเพื่อผ่อนคลาย
- การออกกำลังกาย
- การนวดเพื่อการผ่อนคลาย
- การวาดภาพ ปั้นดินน้ำมัน ช่วยในเรื่องของสมาธิ ลดพฤติกรรมกระสับกระส่าย กระวน

กระวายเป็น

- การใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด สุนัข แมว ปลา อาจใช้หุ่นยนต์หรือตุ๊กตาแทนได้
- ให้ยาต้านโรคจิต
- ให้ยาควบคุมอารมณ์

❖ ซึมเศร้า/ละเหี่ยใจ

- ให้คำปรึกษา

- ให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก
- ใช้มือสัมผัสหรือถ่ายทอดความรู้สึกกับผู้ป่วยบ่อยๆ
- พาออกนอกบ้านหรือไปเที่ยวหากไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องของการทำร้ายตนเอง
- ดนตรีบำบัด
- ชักชวนให้ผู้ป่วยพูดถึงแต่สิ่งที่เคยชอบ สิ่งดีๆในอดีต
- ดูรูปภาพในอดีตเพื่อระลึกถึงความหลังและความภาคภูมิใจในตัวเอง
- จัดสภาพแวดล้อมให้สดใส
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สร้างความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังสามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้

พอสมควร เช่น ให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะใส่เสื้อผ้าชุดไหน หรือจะรับประทานอาหารชนิดใด

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยเลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัข แมว ปลา เพื่อความเพลิดเพลิน
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สนใจและชื่นชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำอาหาร การเย็บ

ปักถักร้อย การเล่นเกม เช่น เกมปริศนาอักษรไขว้

- การเล่นเกมสซูโดกุ เกมทายปัญหา บิงโก เล่นไพ่
- ให้อ่านตำรา

❖ วิตกกังวล

- ให้ผู้ป่วยระบายเรื่องที่คิดกังวล
- อธิบาย ให้ความมั่นใจ
- เบี่ยงเบนสมาธิให้ทำกิจกรรมอื่น
- การออกกำลังกาย
- ดนตรีบำบัด
- การบริหารสมอง
- สุขคนบำบัด
- สมาธิบำบัด
- วาดภาพ ระบายสี
- การบวกเลข
- การปั้นดินน้ำมัน
- ทายบัตรคำ
- ต่อบล็อกไม้
- การปลูกต้นไม้
- กระดานหมากรุก
- กระดานหมากรุก
- ให้อาสาความวิตกกังวล

❖ อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ/ครื้นเริง

- ดนตรีบำบัด
- การออกกำลังกาย
- กิจกรรมช่วยให้สมาธิเพิ่มขึ้น เช่น วาดภาพ ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน เล่นเกมส์
- ให้อาควบคุมอารมณ์

❖ เฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์

- การใช้กลิ่นหอมเพื่อผ่อนคลาย
- ดนตรีบำบัด
- จัดกิจกรรมระลึกถึงความทรงจำดีๆในอดีต
- ให้อารมณ์ความรู้สึกเชื่อมโยง

❖ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ/การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม

- แนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม
- ชื่นชมหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
- ไม่ตำหนิผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น
- หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางเพศสำหรับผู้ป่วย เช่น ไม่ให้ญาติ/ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง ดูแลผู้ป่วยชาย

ที่มีความต้องการทางเพศสูง

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปลดปล่อยเรื่องทางเพศบ้างตามความเหมาะสม
- แยกกันอยู่กับคู่สมรส
- ปรับทัศนคติผู้ดูแล
- เบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมอื่น
- การออกกำลังกาย
- เต็มรับ
- ให้อาควบคุมอารมณ์

❖ อารมณ์หงุดหงิด,เปลี่ยนแปลงง่าย

- เลี่ยงสิ่งกระตุ้น ไม่ต่อล้อต่อเถียง ไม่ขัดอารมณ์
- ขจัดสิ่งเร้า
- การออกกำลังกาย
- ดนตรีบำบัด
- กิจกรรมช่วยให้สมาธิเพิ่มขึ้น เช่น วาดภาพ ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน เล่นเกมส์
- ให้อาควบคุมอารมณ์

❖ พฤติกรรมแปลกๆ/ทำอะไรซ้ำๆ

- อดทนถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหา
- เบี่ยงเบนความสนใจ
- ใช้สิ่งของช่วยเตือนความจำ เช่น การดูรูปภาพเก่าๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย

○ กรณีผู้ป่วยถามคำถามซ้ำๆ ผู้ดูแลใช้วิธี การเขียนโน้ต การใช้ นาฬิกา หรือ ปฏิทินบอกเวลา แทนคำตอบ

○ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยเดินไม่หยุด เดินไปเดินมา ดูแลพื้นห้องให้แห้ง สะอาด ไม่ลื่น จัดบริเวณลานบ้านให้กว้างเพื่อให้ผู้ป่วยเดินเล่น ทำไม้โปรงๆ ให้อยู่ใต้ถุนบ้าน

○ คนตรีบำบัด จะหยุดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของผู้ป่วยได้ในช่วง 10 นาทีแรก หลังจากนั้นจะหยุดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งได้เป็นชั่วโมง

○ ให้ยารักษาสมองเสื่อม

❖ การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน

○ เข้านอนและตื่นตรงเวลา

○ ห้องนอนต้องใช้เฉพาะการนอนเท่านั้น ไม่ใช่ดูทีวี หรือทำกิจกรรมอื่น

○ ห้ามมีเสียงดัง ผู้ดูแลไม่ควรนอนกรนเสียงดัง

○ แสงภายในห้องต้องไม่จ้าจนเกินไป

○ ติดตั้งไฟกลางคืนที่ที่สลับบริเวณพื้น

○ หลีกเลี่ยงการจับกลางวัน โดยหากิจกรรมให้ทำ

○ เข้าห้องน้ำก่อนเข้านอน มีอุปกรณ์ปัสสาวะข้างเตียง

○ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์

○ การออกกำลังกาย

○ สุขคนบำบัด

○ การนวดจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและนอนหลับได้

○ เปิดเสียงดนตรีที่ชอบเบาๆ

○ ให้นอนหลับ

❖ ความอยากอาหารและการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ

○ ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เรียนรู้ว่าผู้ป่วยชอบอะไร จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เปลี่ยนเมนูอาหารในแต่ละมื้อไม่ให้ซ้ำกัน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารพร้อมกับคนในครอบครัว / ลูกหลาน

○ ในกรณีที่ผู้ป่วยหลงลืม กินแล้วบอกยังไม่ได้กิน จัดเก็บอาหารใส่ตู้ให้มิดชิด เพื่อป้องกันการรับประทานอาหารจนภาวะน้ำหนักตัวเกิน

○ ในกรณีที่ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารเสริมๆ ซ้ำๆ ปรึกษาแพทย์เพื่อขอวิตามิน ทดแทนสารอาหารที่ขาดไป

สิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

➤ ผู้ดูแลต้องบริหารเวลาให้กับตัวเอง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด จะได้ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ดูแลซึ่งมีความรู้เรื่องโรคลมสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มีความอดทน มีความพร้อมทั้งด้านเวลา ฐานะ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะดีกว่าผู้ป่วยที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความพร้อมในด้านต่างๆ
- บุคลิกภาพที่น่าเกรงขามของผู้ดูแลมีส่วนช่วยปรับลดพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย
- ผู้ดูแลบางรายยังมีวิธีการที่ไม่เหมาะสมในการ ดูแลและจัดการกับผู้ป่วย สมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD เช่น การใส่กุญแจห้องด้านนอก การใช้เชือกล่ามผู้ป่วย และการพูดตะคอก เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของญาติ
- ช่วยกันพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือกับทางธนาคารว่า กรุณาแจ้งให้ญาติหรือลูกหลานทราบทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มาเบิก/ถอนเงิน
- หากผู้ป่วยคือพ่อแม่ ถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล อย่าคิดอะไรมากจะได้สบายใจ
- การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การนำทฤษฎีหรือวิชาการมาใช้อาจไม่ได้ผล ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และพิจารณาเลือกประสบการณ์บางอย่างจากคำแนะนำของผู้ดูแลด้วยกันไปปฏิบัติตามความเหมาะสม
- ความบกพร่องทางสายตาหรือการได้ยินของผู้ป่วย อาจนำมาแก้ไขอาการ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยตาบอดแล้วเห็นภาพหลอน ผู้ดูแลจะบอกกับผู้ป่วยว่า สิ่งที่คุณเห็นมัน ไม่ใช่เรื่องจริง ผู้ป่วยคิดไปเอง และคงเป็นไปไม่ได้ เพราะผู้ป่วยตาบอดมานานแล้ว หรือผู้ป่วยตาบอดที่มีภาวะซึมเศร้า กลัวการถูกทอดทิ้ง ไม่กล้าอยู่คนเดียว เรียกหาคุณสมรสโดยผู้ป่วยไม่ทราบว่าสมรสของตนได้เสียชีวิตไปแล้ว ผู้ดูแลจะเข้าไปจับมือ สัมผัส กอดโอบผู้ป่วยแทน เสมือนเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น
- ยามีส่วนช่วยทำให้อาการผู้ป่วยสงบลง แต่ยาก็น่าจะมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน เพราะยิ่งอายุมาก ผู้ป่วยจะนิ่งขึ้น อารมณ์เย็นลงกว่าเดิม
- บางครั้งผู้ดูแลแยกไม่ออกว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่เป็นปัญหาจริง ๆ หรือผู้ป่วยสร้างเรื่องขึ้นมาเอง เช่น ผู้ป่วยกลัวการถูกทอดทิ้ง แล้วบอกกับผู้ดูแลว่ามีอาการหลงผิด หวาดระแวง เห็นคนขึ้นบ้าน ทำให้ไม่กล้าอยู่บ้านคนเดียว
- ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มักพูดคำหยาบ
- บทบาทของพยาบาล การรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ควรตร ะหนักให้ดี หากแพทย์เพิ่มยานอนหลับอีกจะทำให้ผู้ป่วยหลับลึก และหยุดหายใจได้
- ผู้ดูแลรู้สึกผิดที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วย หรือดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่
- การสร้างอารมณ์ขันให้ผู้ป่วย จะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้น

บรรณานุกรม

- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 56 หน้า 449-462.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย . (2556). เอกสารประกอบ การประชุมวิชาการ นานาชาติ เรื่อง ปัญหาด้านสังคม มติใจ: Gap ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. โรงแรมโตมอนต์พลาซ่า จ. สุราษฎร์ธานี.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย . (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย . วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 58 หน้า 101-110.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาศิพดี . พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิพดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- รัชนิ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ฉบับที่ 27 หน้า 137-150.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ . (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ . พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- วรรัตน์ สุขคุ้ม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา . (2551). การจัดการกับพฤติกรรมเดินหลงในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ . (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ . พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม กระทรวงสาธารณสุขจ.นนทบุรี.
- สาธิตา แรกคำ นวน และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย . (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 57 หน้า 335-346.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2556). เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลด้านจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. โรงแรมบีพีสมิทธา จ.สงขลา.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2555). อาการทางประสาทจิตเวชในภาวะสมองเสื่อมที่พบ Lewy bodies และโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 57 หน้า 259-270.
- โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์. (2557). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง Practical point in general and neuropsychiatric management of dementia. โรงแรมสยามธานี จ. สุราษฎร์ธานี.
- อมรากุล อินโอชานนท์ กาญจนา วณิชรมณีย์ และชิตชนก โอภาสวัฒนา . (2555) คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล . กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข . พิมพ์ที่ บริษัท ปียอนด์พับลิชชิง จำกัด.

เรื่องเล่าจากประสบการณ์

| | | | |
|--------------|--------------|---------------------------|----------------------------|
| นางสมสุข | สมมะลวน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางผลทิพย์ | ปรโม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางสายใจ | ก้าวนันตกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางรัชดา | ยิ้มซ้าย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางสมพร | นิลสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางบุญเรียง | แก้วพิชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางศรีเวียง | ศรีเทพ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นายไพสนต์ | คุ้มทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางดวงวิภรณ์ | พ่วงรอด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางผ่องพิศ | อินทวิเศษ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางนิภาพร | ปรานไกล่ถิ่น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางสันทนา | ชัยยศ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางจรัสศรี | โกศประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| นางผาสุก | วิเชียร | อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางชุติมา | สุขห่อ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

ญาติ (หลานชาย) นายชนะจิต ไม่ขอระบุนามสกุล

ญาติ (ลูกสาว) นางวิไล ไม่ขอระบุนามสกุล

คุณอำนวย

นายสัมพันธ์ มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

คุณลิขิต

นางสารภี คุ้มรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นางอาพัฒนาชริน บุญญาธิการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ผู้วิพากษ์

| | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|
| นายแพทย์เจนศักดิ์ พนิตอังกูร | นายแพทย์เชี่ยวชาญ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| ดร.สนธยา มณีรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| นางเสาวภา ปานเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

ผู้ร้อยเรียง

| | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| นางปาริชาติ ศาสน์ส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
|--------------------|-----------------------|----------------------|

สัมภาษณ์ผู้ดูแล

นางจรัสศรี โภคประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพ ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์

“ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD จะมีอาการ สับสน นอนไม่หลับ รื้อข้าวของ ไม่สนใจตนเอง กิจวัตรต้องกระตุ้น พูดแล้ว พูดอีก จนญาติหงุดหงิด”

“เรื่อง Sex มีบ้าง แต่น้อย เคยมี case นานแล้ว สูงอายุผู้ชาย หมกมุ่นเรื่องเพศ มีความต้องการทางเพศสูง ภรรยาแก่มาก หนไม่ได้ เป็นปัญหา ลูกต้องให้แยกกันอยู่ ให้คำแนะนำญาติคือ ให้ลูกพาไปทำกิจกรรม ต้องเบี่ยงเบนให้เขาไปทำกิจกรรมอย่างอื่น ไม่ให้อยู่คนเดียว ให้เข้าไปมีส่วนร่วมกับสังคม”

“การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD แพทย์อายุชูลีจะเน้นให้พยาบาลสอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ดูแล โดยการอธิบายเรื่องโรคอย่างเป็น step ก่อน ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร โรคสมองเสื่อมเป็นอย่างไร มีอาการ พฤติกรรม อารมณ์ จิตใจเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ให้การดูแลอย่างไร มีเทคนิคอย่างไรในการดูแลผู้ป่วย อาหาร การออกกำลังกาย ต้องเป็นอย่างไรในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD”

“ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าใน BPSD พยาบาลให้คำแนะนำพื้นฐาน กรณี severe หรือ case ซ้ำซ้อน ส่งนักจิต ทั้งผู้ป่วยและญาติ”

“ผลกระทบ หากเป็นมากแล้ว จะกระทบหมด กระทบคนรอบข้าง กระทบญาติ จนญาติบอก หนไม่ไหว ไม่ไหวแล้ว”

“วิธีการจัดการ ลูกทำงานแต่ยอมลาออก ก็เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมทั้งเรื่องเงินทองและสถานที่”

“พัฒนาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะดีขึ้นเรื่อยๆ หากผู้ดูแลมีความรู้ ความอดทนและความพร้อมหลายๆด้าน เช่น ฐานะ เวลา สถานที่ คนตามบ้านๆการดูแลจะดีขึ้น ยิ่งไม่มีเวลาดูแลด้วยผู้ป่วยก็จะยิ่งแย่ลง”

นางผาสุก วิเชียร อดีตพยาบาลวิชาชีพ ร.พ. สวนสราญรมย์

“ไม่รู้จักเรื่องโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มาก่อน ไม่เข้าใจ ไม่แน่ใจ แต่พ่อเหมือนคนมีอาการทางจิต ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่กินข้าว เมื่อป้อนอาหารจะพ่นใส่ นอนไม่หลับ ลูกขึ้นนั่งสูบบุหรี่ มีหูแว่ว (แต่ไม่แน่ใจ) ส่วนภาพหลอน ค่อนข้างมั่นใจ เพราะก่อนหน้านี้ พ่อตาบอด มองไม่เห็น ช่วงมีอาการ พ่อจะบอกว่า เห็นสวนมะพร้าวของเขี้ยว (ลูกเขย) พาพ่อไปหาหมอตาก็ พ่อตาดีแล้ว และเห็นเด็กมาวิ่งเล่นบนโต๊ะกินข้าว นั่งพูดคุยกับคนที่ตายไปแล้ว เศร้า กังวลไม่เท่าไร ไม่มีพฤติกรรมเรื่องเปลือยกาย ไม่ออกเดินนอกบ้านเพราะพ่อตาบอด ไม่ครื้นเครงมาก”

“การจัดการกับปัญหา ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย เอาวิชาการมาพูด บอก พ่อว่า สิ่งที่พ่อเห็น มันไม่ใช่เรื่องจริง พ่อคิดไปเอง พ่อตาบอดมานานแล้วมิใช่หรือ พ่อยอมรับความจริงได้ ช่วง ที่พ่อหงุดหงิดจะเฉยทำอะไรไม่ได้ มองดูห่างๆ ไม่ต่อล้อต่อเถียง ยิ่งขัดใจพ่อจะยิ่งหงุดหงิด ขัดอารมณ์ยิ่งอารมณ์ขึ้น เพราะนิสัยเดิมเป็นคนอารมณ์ร้อนอยู่แล้ว จะไม่ไปกระตุ้นอารมณ์เพิ่ม”

“ทำกิจวัตรประจำวันให้พ่อ หาดอาหารดีๆ ให้พ่อรับประทาน พ่อฟังเพลงไม่ได้ เพราะหูตึง มีข้อจำกัดทุกอย่าง เดินไม่ได้ หูหนวก ไม่ได้ยิน ตาบอด จะพาไปนวด ก็ถูกเนื้อต้องตัวไม่ได้ (เนื้อทอง) บีบไม่ได้ พ่อจะด่า”

“พ่อทั้งตาบอดและหูหนวก นี่เป็นส่วนดีที่พ่อไม่ต้องรับรู้อะไรมากนัก ลูกๆ ไม่บอกพ่อว่าแม่เสียชีวิตแล้ว พ่อยังคิดว่าแม่ยังมีชีวิตอยู่ ลูกๆ จะสวมรอยเมื่อ พ่อเรียกชื่อแม่ ก็จะเข้าไปจับมือแทน พ่อมองไม่เห็น ก็เลยเข้าใจว่ายังอยู่กับแม่ พ่อคงรับไม่ได้ ถ้ารู้ว่าแม่จากพ่อไปแล้ว พ่อจะพูดเสมอว่า ตัวเองอย่าไปไหนนะ”

“พ่อไม่ชอบ รับประทาน อาหารแปลกๆ พ่อจะรับประทาน เฉพาะอาหารที่ชอบ เมื่อ พ่ออยาก รับประทานอะไรต้องจัดหาให้ด้วยความไวในขณะนั้น มิเช่นนั้นจะหงุดหงิด ด่าเป็นชุดๆ พ่อชอบ รับประทาน แกงปลาไหล ต้มเครื่องใน แกงส้มปลาตุก ซึ่งไม่ได้เป็นภาระอะไรมากมาย”

“ถือว่าเป็นพ่อต้องดูแลจะได้สบายใจ อย่าคิดอะไรมาก พ่อยังปากดี ด่าแรงๆ แต่ด่าไม่หยาบ เอา ทฤษฎีมาใช้กับพ่อไม่ได้ ต้องทำตามหน้างานหรือพูดง่ายๆ ว่าต้องทำตามยถากรรม”

“มีวิธีการบริหารเวลาให้กับตัวเอง โดยหลังทำกิจวัตรประจำวันให้พ่อเสร็จแล้ว ในช่วงเวลา 9.00-12.00 น. หรือเวลา 13.00-16.00 น. หากมีกิจธุระนอกบ้าน อยากจะออกไปผ่อนคลายที่ไหน หรือไป shopping ก็จะปิดประตูบ้านไว้ ในวันเสาร์-อาทิตย์พี่สาวจะมาสับเปลี่ยนบ้าง (ถ้าว่าง) จะไปเที่ยวกับทัวร์บ้างปี ละ 2-3 ครั้ง แต่ต้องบอกพี่สาวล่วงหน้าเป็นปี”

“อะไรที่ทำให้พ่อดีขึ้น ยามีส่วน อีกอย่างน่าจะเพราะวัย เมื่อแก่ลง อารมณ์จะนิ่งขึ้น”

นางชุตติมา สุขห่อ พยาบาลวิชาชีพ ร.พ. สวนสราญรมย์

“ไม่รู้จักเรื่องปัญหา BPSD มาก่อน ก่อนหน้านี้แม่เคยมีภาวะซึมเศร้า แพทย์สั่งการรักษาโดยให้รับประทานยาโรคซึมเศร้าควบคู่กับยาโรคสมองเสื่อม แม่เริ่มมีพฤติกรรมผิดปกติ ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ข้าวปลาไม่รับประทาน บอกว่า ตายไปเสียก็ดี หน้าหงิก คิ้วผูกโบว์ วิตกกังวล กลัวลูกทิ้ง ตามมองทันทีเวลาลูกออกจากบ้าน ลูกไปไหนไม่ได้จะตามตลอด ไม่กล้าอยู่บ้านคนเดียว มีหูแว่ว ได้ยินคนมาเรียก เหมือนมีภาพหลอน แต่แยกไม่ออก มองว่าแม่จะสร้างเรื่องมากกว่า แม่เห็นขโมยขึ้นบ้าน โจรปล้นข้างบ้าน แม่คิดว่ามีโจรขึ้นบ้านจริงๆ แม่จะ fix idea ว่าโจรปล้นบ้าน ทั้งๆที่แม่ไม่เคยมีประสบการณ์ในเรื่อง ของโจรขึ้นบ้านมาก่อน นอกจากนี้แม่ยังคิดว่าโชค (ลูกเขย) นั่งคุยอยู่นอกบ้าน ใช้ให้เราไปดู เรบอกไม่ใช่ แม่ ไม่เชื่อ และจะหงุดหงิด เข้าหน้าใครไม่ติด ใครก็เข้าหน้าแกไม่ติด ด มองโลกในแง่ลบ ไม่มีอาการครั่นครั่นเกินกว่าเหตุ ไม่เปลือยกาย (แม่จะอาบน้ำเอง ไม่ให้ใครถูกเนื้อต้องตัว) รับประทาน อาหารไม่มูมมาม เวลามีอาการจะไม่รับประทานมากกว่า”

“ก่อนหน้านี้นอนหลับดี ช่วงนี้จะเดินไปเดินมา ถ้าเราไม่นอนแม็กก็จะไม่นอน แม่กลัวลูกทิ้ง แม่ จะนอนหลับดีก็ต่อเมื่อเราหลับแล้ว หรือลงเวรบายมาแล้ว แต่ตอนเช้า แม่จะตื่นไม่รอด ลูกขึ้นไม่ไหว”

“น่าจะเป็นกรรมพันธุ์ ยายอายุ 83 ปีแต่ไม่มีอาการทางจิตแค่หลงลืม ส่วนน้องของแม่ (น้ำ) เป็นเหมือนแม่ มีภาวะหวาดระแวง และเห็นภาพหลอน”

“ช่วงแม่หงุดหงิดจะคุยกันไม่รู้เรื่อง แม่จะเอาความคิดแม่เป็นใหญ่ นิสัยของแม่ แม่จะอารมณ์ร้อน ไม่ฟังใคร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ต่ำว่าลูกไม่มีเหตุผล พูดคำหยาบ ให้ข้อมูลก็ไม่ฟัง ต้องปล่อยแกไป แต่ไม่ใช่กระตุ้นอารมณ์”

“ปกติแม่จะรับประทานยาก ไม่รับประทานของแปลกๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของแม็กก็จะเปลี่ยนไป ของที่แม่ไม่ชอบรับประทาน กลับชอบ รับประทาน ของที่เคย รับประทาน กลับไม่ รับประทาน ต้องเปลี่ยนกับข้าวทุกมื้อ กับข้าวอย่างเดิมไม่กินแล้ว ข้าวต้มถ้าให้กินทุกเช้าก็จะไม่กิน ส่วนมากกินอาหารจานเดียว (fast food) เช่น ข้าวผัด ข้าวหมกไก่ ชอบดื่มนมเปรี้ยว”

“พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบมากขึ้นเรื่อยๆ เรามีความรู้สึกว่าแม่มากขึ้น ลูกออกจากบ้านไม่ถึง 15 นาที แม่ต้องตาม หลังๆไม่ยอมให้ไปเข้าเวร ไปไหนไม่ได้ ค่อนข้างเครียด กุญแจบ้านหาย ต้องจัดบ้านบ่อยๆ ทำกับข้าวกินเองไม่ได้ เริ่มทำงานบ้านไม่ได้ หม้อข้าวหม้อแกงล้างไม่เกลี้ยง ล้างเหมือนไม่ได้ล้าง มีคราบน้ำแกงติดอยู่ ทอดปลาซีกก็ไม่เอาออก ตีแตงเขียวปี้ กินข้าวแล้วบอกไม่กินที่ จำไม่ได้ หยิบยา รับประทานเองไม่ได้ รับประทานไม่ถูก ยาสูญหายเป็นประจำ”

“เวลาอยู่กับลูกที่ทำข้ามจะกลับบ้านที่กาญจนดิษฐ์ พอไปส่งกาญจนดิษฐ์ ลูกสาวกลับไม่ทัน ถึงทำข้ามแม่ให้ข้างบ้านโทรศัพท์ตาม ว่าไปรับแม็กกลับมาอยู่ที่ทำข้ามด้วย เมื่ออยู่ที่ทำข้ามแม่เดินถือกระเป๋าผ้าออกนอก

บ้านจะไปกาญจนดิษฐ์บ้าง ไปหาน้องในค่ายทหารบ้าง โดยว่าจ้างรถมอเตอร์ไซด์ให้ไปส่ง แม่มีเงิน 700 บาทใน กระเป๋า เหลือเงิน 40 บาท ถามว่าเอาไปใช้อะไร แม่ตอบจำไม่ได้ ภายใน 1 วันแม่ทำเงินหายหมด”

“แม่เดินหลง กลับบ้านไม่ถูก ไปบ้านพี่สาว เดินทางลัด จำทางกลับบ้านไม่ได้ ช่วงหลังไม่ให้แม่ไปไหน แต่เวลาเราไม่อยู่บ้าน แม่ก็จะถือกระเป๋าผ้าออกจากบ้านบ่อยๆ คนข้างบ้านก็จะช่วยกันจูงกลับมาไม่ให้แม่เดิน ออกไปที่ถนน”

“เครียดประจำเวลาดูแลแม่ เหมือนทะเลาะกับแม่ แม่จะไม่ฟัง คือ แม่ว่าลูกไล่ออกจากบ้าน แม่ บอกว่า เราเอาเสื้อผ้าแกไปทิ้งนอกรั้ว แม่ป็นออกไปดูไม่ได้ ถ้าป็นได้จะป็นออกไปดูแล้ว”

“มีวิธีการจัดการกับความเครียด โดยการเล่นกับแมว (เลี้ยงแมวไว้ 3 ตัว) ระบายกับเพื่อนที่ ทำงาน เพื่อนสนิท และสลับกันดูแลแม่ ช่วงนี้ให้พี่สาวออกจากงานมาดูแลแม่ เราเลยมีภาระเพิ่มเรื่องเงิน ต้อง support พี่สาวเหมือนให้ค่าจ้างเลี้ยงแม่”

ญาติ (หลานชาย) นายชนะจิต ไม่ขอระบุนามสกุล

“ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม กินข้าวแล้วบอกไม่กินที มีหูแว่ว ภาพหลอน อยู่ไม่ติดที่ กระวนกระวาย หงุดหงิด กระสับกระส่าย บางเวลาเฉยเมย เดินเปลือยกาย ไม่นอน”

“วิธีการของญาติในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD คือ เมื่อมีอาการดังกล่าว จะนำผู้ป่วยส่ง ร.พ.สวนสราญรมย์ หลังอาการทางจิตสงบ พาผู้ป่วยไปฝากที่สถานบริกา รับผิดชอบผู้สูงอายุ . เมืองจ. สุราษฎร์ธานี”

“ผู้ป่วยจะหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว และสวมใส่เสื้อผ้าทันที ถ้าเห็นผม อาจเป็นเพราะผมไม่ค่อยสนิทหรือเล่นหัวกับแก เมื่อตอนวัยเด็ก (ไม่เหมือนกับพี่ชายและน้องสาวผม ผู้ป่วยจะรักมาก ให้เงินให้ทองใช้จนแกหมดตัว) และผมมีบุคลิกภาพน่าเกรงขามด้วยละมั้ง แกเลยเกรงใจ หรือกลัวผมก็ไม่รู้ แต่คนอื่นเอาแกไม่อยู่”

“ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล มีภาระในการดูแล ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น”

ญาติ (ลูกสาว) นางวิไล ไม่ขอระบุนามสกุล

“ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระทบกระวายเป็นอยู่ไม่ติดที่ ไม่มีสมาธิ มีหูแว่ว ภาพหลอน วิดกกังวล นอนไม่หลับ เดินทั้งคืน”

“วิธีการของญาติในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ปัญหาบี PSD คือ ใช้เชือกที่เป็นพลาสติกถักไว้หลวมๆ เพราะผู้ป่วยชอบเดิน ลูกเกรงได้รับอุบัติเหตุ แพทย์บอกว่าลึ้มอีกที จะไม่ผ่าตัดให้แล้ว (ผู้ป่วยเคยลึ้มกระดูกแตก 2 ครั้ง)”

“กั้นห้องให้อยู่ lock กุญแจด้านนอก ใส่ pampers ไว้ให้เรียบร้อย”

“พูดเสียงดัง เหมือนตุ้ แต่ต้องทำ พูดเหมือนตะคอก ผู้ป่วยจะได้เกรงใจ และหยุดกระทำพฤติกรรมที่ญาติไม่พึงประสงค์ได้”

แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ประเด็น

1. อาการที่พบบ่อย
2. วิธีการจัดการกับปัญหา
3. แหล่งสนับสนุน

ประเด็นอาการที่พบบ่อย

นางสายใจ : “ผู้ป่วยจะมีอาการหิวแล้ว หวาดระแวง กลัวคนมาขโมยของ นอนหลับสลับกลางวัน กลางคืน นอนช่วงสั้นๆ”

นางบุญเรียง : “หงุดหงิดง่าย ซึมโหม ก้าวร้าว ทั้งคำพูด เจ้ามือจะตบ อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา”

นางนิภาพร : “หลงผิด กินข้าวแล้วบอกไม่กินที่ ข้าวต้มมาส่งเมื่อไหร่ คุณแย่งกินของชั้น”

นางสมสุข : “หิวแล้ว ภาพหลอน ได้ยินเสียงคนที่ตายแล้ว ส่วนใหญ่เป็นญาติมานานช้านาน หวาดระแวง กลัวคนมาเอาของและสมบัติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อจิตใจจะหงุดหงิด ก้าวร้าว กินอาหารแปลกๆ เปิดตู้กินตลอด กินทุกอย่างไม่ว่าอะไร”

นางสายใจ : “กินอาหารซ้ำ กินสับประรดผัดกับหมูมา 3 ปี”

นางบุญเรียง : “กินเผ็ด กินไม่รู้จักอ้ม อ้มไม่เป็น”

นางผ่องพิศ : “นอนไม่หลับ คือ ไม่ยอมอาบน้ำ เดินออกนอกตึก จะกลับบ้าน โรคแทรกดูแลยาก ผู้ป่วยบอกเราไม่ได้ เราต้องสังเกตเอง พอผู้ป่วยนอนไม่หลับ หมอเพิ่มยา ผู้ป่วยทำท่าเหมือนจะหยุดหายใจ บางช่วงหลับลึก และมีเสมหะคั่ง”

นายไพสันต์ : “ผู้ป่วยนอนกลางวัน กลางคืนไม่นอน ตื่นตีสองตีสาม เพราะกลางวันหลับมากแล้ว บทบาทของพยาบาลคือ เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับก็ต้องรายงานแพทย์”

นางสมสุข : “ตื่นกลางคืนมารื้อของ พับผ้า พับผ้าห่ม พับแล้วรื้อออก เดินไปเดินมา”

นางนิภาพร : “ตื่นมาเข้าห้องน้ำ”

นางดวงวิภรณ์ : “พ่อเป็น BPSD ก่อนหรือหลังวันพระ 2 วัน (ป้าก็มีอาการช่วงวันพระ) ไม่แปดคำก็ลืบท้า คำ ไม่นอน กลางคืนพ่อป็นรื้อออกไปนอกบ้าน มีหิวแล้วภาพหลอน จะนั่งเล่นไฟคนเดียว ฉีกถังค์เบงค์ยี่สิบ 1-2 ใบเป็นส่วนๆ ไว้สำหรับเป็นเงินทอนเพื่อนๆ บางคืนจะเดินไปที่ริมรั้ว บางคืนเดินออกไปที่ถนน เอาเงินไปโปรยข้างถนน บางช่วงเวลามีแปลภาพผิด เห็นทางโชน (ออกติบ) คิดว่าเป็นไม้อันใหญ่ๆ อารมณ์ไม่อยู่กระรอกกระรอย อยู่บ้านจะไปสวน อยู่สวนจะมาบ้านดอน อยู่ได้แต่ละที่ในระยะเวลาที่สั้นๆ เพราะมีความคิดว่าอยู่นานแล้ว และจะนั่งรถตุ๊กๆจากหน้าโรงเรียนสตรีไปทำข้ามเอง ทำแบบนี้อยู่ 2-3 ปี เมื่อเข้าไปอยู่ที่สวนจะโบกมอเตอร์ไซค์ออกมาตลาด ลูกๆบอกคนขับมอเตอร์ไซค์ว่าไม่ให้รับพ่อไปไหน พ่อก็จะป็นั่งข้างทาง คือ ไม่ยอม คิดว่าตัวเองทำถูกแล้ว แม่เลยเอาทางโชนไปขู่ พ่อคิดว่าเป็นไม้อันใหญ่ๆ เกิดความกลัวเลยรีบวิ่งเข้าบ้าน”

นางสมสุข : “เห็นเชือกเป็นงู”

นางดวงวิภรณ์ : “ผู้ดูแลจะมียาช่วยเรื่องการนอนหลับ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เช่น Alprazolam, Lorazepam แต่ไม่ได้ผลเท่าไร ต้องเอายาโรจิต คือ haldol ไปให้กิน ให้อาการนอนเหมือนตาย หลับลึก พ่อเป็นโรคสมองเสื่อมระยะที่ 2 สามารถกินข้าวได้เอง ตักแกงกินเองได้ ช่วยตัวเองได้ ซักผ้าเองได้แล้วเอาไปตากที่ราว ระยะเวลาหลังพ่อมีอาการมากขึ้น ตักแกงกินเองไม่ได้ ซักผ้าแล้วเอาไปซัก ขยี้เต็มอ่าง และเทะไปหมด ปัจจุบันพ่อเสียชีวิตแล้ว รู้สึกผิดกับพ่อหลายอย่าง พ่อไม่มีคนดูแลเรื่องการกินอาหาร ลูกๆ เพียงแต่จัดอาหารใส่ปิ่นโตไว้ให้ โดยใส่ข้าวไว้ปิ่นโตชั้นล่าง แก่ไม่ได้กิน กินอาหารชั้นบนอย่างเดียว เพราะเกิดไม่เป็น ทำไม่เป็น”

นางสมสุข : “ด่าหยาบๆ โดยเฉพาะคนที่ดูแล ด่าวันเว้นวัน เมื่อผู้ป่วยเจอลูกเจอหลานหรือเห็นเด็กก็จะตี จนเด็กไม่กล้าเข้าใกล้”

นางดวงวิภรณ์ : “พ่อซี้หึงมาก หึงเมีย นั่งลับพรวด จะเฉียดหัว จะตีแม่ถ้าวิ่งไม่ทัน แม่โดนทุบไปหลายรอบ พ่อมีอาการทางเพศสูงมาก ซึ่งก่อนป่วยพ่อมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกว่านี้ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ พ่ออายุ 80 กว่าปี พาแม่ค้าขายไก่ไปเข้าโรงแรมควีนส์ สามวันมาเบิกเงิน 5,000 บาท อีกสามวันมาเบิกอีก 3,000 บาท พาผู้หญิงขึ้นโรงแรม พ่อเจ้าชู้ตั้งแต่วัยรุ่น พ่อเป็นคนดี ใจกว้าง เป็นคนทำงาน ก่อนป่วยจะไม่เคยพาผู้หญิงขึ้นโรงแรม เมื่อลูกถามว่าพ่อพาผู้หญิงขึ้นโรงแรมหรือ พ่อไม่ยอมรับ ลูกก็ไม่ว่าอะไรให้แกมีความสุข 80 กว่าปี มีลูกยางในกระเป่า เมื่อก่อนเที่ยวผู้หญิงแต่ไม่ยอมจ่ายเงิน มาเดี๋ยวนี้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม แล้วพ่อก็นอนตายสบายๆ ด้วยโรคประจำตัวคือโรคถุงล มโป่งพอง ไม่ใช่ตายในระยะติดเตียง”

นางดวงวิภรณ์ : “พ่อกับแม่อยู่บ้านเดียวกัน พ่อเข้าหาแม่ทั้งคืน ลูกต้องปิดประตูซึ้ง ช่วงหลังให้พ่อกับแม่แยกบ้านกันอยู่ เพราะพ่อซี้หึง ชอบทุบตีแม่ และพาผู้หญิงขึ้นโรงแรม ช่วง 1 ปีที่ไม่มีพฤติกรรมแบบนี้จนเสียชีวิต ไม่ได้ Admit เลย จ้างใครมาดูแลไม่ได้จะเอาเป็นเมียหมด จ้างคนไปขึ้นสละต่อ เขาพาลูกสาวไปช่วยเก็บสละต่อ พ่อขอลูกสาวไว้อยู่ที่บ้าน แนะนำให้คนขึ้นสละต่อพาลูกชายไปเก็บสละต่อแทน”

นายสัมพันธ์ : “ผู้ป่วยจะด่าหยาบคาย แม่ แม่ทั้งคืน ลูกเมียต้องย้ายไปอยู่ที่อื่น”

นางนิภาพร : “หัว ทั้งคืน ชั้นเมียน้อย เธอเมียหลวง เธอนั่นแหละกระหรี”

นางบุญเรียง : “ไปได้ตอบไม่ได้”

นายสัมพันธ์ : “เจียบดีที่สุด”

นางผ่องพิศ : “ผู้ป่วยจะใส่เสื้อหลายชั้น เหมือนไมใส่ที่”

นางสมสุข : “ใส่เสื้อตัวเต็มๆ ซ้ำๆ”

นางบุญเรียง : “ชอบอยู่ตามมุมห้อง เตียงว่างไม่อยู่ ที่โล่งไม่อยู่ นอนหลับตามมุมห้องได้ดีกว่าที่โล่ง”

นางนิภาพร : “นอนทุกเตียง”

นางผ่องพิศ : “ต้องมัด”

นางบุญเรียง : “มัดไม่ได้ ก้าวร้าว”

ประเด็นวิธีการจัดการกับปัญหา

นางบุญเรียง : “ผู้ป่วยจะเดินทั้งวัน เรากลับแกจะล้ม จะมัดแกาก็จะตื่นจนสุดชีวิต เล ยต้องปล่อย แกเดินทั้งวัน แต่ขาไม่บวมนะ ไม่ล้มด้วย เรากลับไปเองมากกว่า หลังๆเกิดการเรื้อรังจึงต้องปล่อยให้ผู้ป่วยเดิน และก็ไม่ล้มจริงๆ มันเป็นเรื่องแปลก สุดท้ายมาคิดว่า คงต้อง มาดูเรื่องสิ่งแวดล้อมน่าจะดีที่สุด เช่น เตี้ยต้อง lock ให้ดี พื้นต้องสะอาด ไม้ลื่น คนใช้ปลอดภัย แนนอน อีกอย่างการสร้างอารมณ์ขันให้ผู้ป่วย ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลดียิ่งขึ้น จะเรียกรอยยิ้มจากผู้ป่วยได้ เราเองก็สนุกไปกับการดูแลผู้ป่วยด้วย”

นายสัมพันธ์ : “เรียนรู้ว่าเขาชอบอะไร ถ้าชอบกินก็ให้กิน ผู้ป่วยจะกินแบบไม่รู้จุกอิม”

นางบุญเรียง : “คิดเสมือนเป็นการให้รางวัลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ เช่น การให้ขนมปัง เมื่อผู้ป่วยลดพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ถ้าผู้ป่วยกินเองไม่ได้เราก็ต้องป้อนให้ เหมือนป้อนให้เด็ก ผู้ป่วยจะรู้สึกดีกับเรา จะเชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของเรา เพราะให้ขนมบ่อย แกจะจำหน้าคนให้ขนมได้ แต่จำชื่อไม่ได้”

นางดวงวิภรณ์ : “รู้เขารู้เรา คนแก่ต้องรู้ว่าเขาชอบอะไร เช่น กับข้าว พ่อชอบ รับประทาน แกงซี่เหล็ก แกงส้มปลาช่อนต้มยำ เราก็จะทำให้พ่อกินบ่อยๆ และชวนพูดคุยเรื่องที่พ่อชอบ พ่อชอบไก่ชน ปลากัด ควายชน เรือใบ เราก็เอารื่องนั้นๆมาพูด พูดดีๆ พูดเอาใจ เมื่อเราคุยเรื่องที่พ่อชอบ พ่อก็จะพูดกับเรา หรือคุยเรื่องที่ทำให้พ่อเกิดความสุขใจ เช่น เรื่องในอดีตที่พ่อจำได้ เพื่อระลึกถึงความหลังและความภาคภูมิใจของพ่อ”

นางสมสุข : “การระลึกความจำ ให้เอารูปภาพต่างๆมาดู ถามชื่อว่าเป็นใคร ไปไหน ไปทำอะไร ผู้ป่วยจะมีความสุข ลดอารมณ์รุนแรงได้”

นางดวงวิภรณ์ : “การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาว จะทำให้ญาติเกิดความเครียด ต้องจัดเวรดูแลคนละเดือน นอกจากติดภารกิจค่อยฝากกัน”

นายไพสันต์ : “ญาติเกี่ยกันดูแล”

นางสมสุข : “ญาติต้องช่วยกันดูแล ในส่วนของเรื่องการเงิน คนที่มาดูแลไม่ได้ก็ต้องสนับสนุนเรื่องเงินทอง และแบ่งเวลาให้คนที่ดูแลประจำออกไปชาร์จแบต หรือไป shopping ไปเที่ยว เพื่อได้มีโอกาส Relax บ้าง”

นางบุญเรียง : “พักยกการดูแล”

นางสายใจ : “จัดบริเวณลานบ้านให้กว้างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเดินเล่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่ชอบการผูกมัดหรือทำไม้โปร่งๆให้อยู่ได้ถนัดบ้าน”

นางนิภาพร : “จัดสิ่งแวดล้อมสำคัญ”

นางสมสุข : “สำหรับอาการหิวแหว่ ภาพหลอน หลงผิด ดูแลให้ผู้ป่วย รับประทาน ยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ให้รับประทานยาต่อเนื่อง และพูดคุยกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นจริง บอกกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เห็นนั้นมันไม่ใช่เรื่องจริง ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย”

นางดวงวิภรณ์ : “กรณีผู้ป่วยมีภาพหลอน ให้พาเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ปรับสิ่งแวดล้อม ลดสิ่งกระตุ้นจัดแสงสว่างให้เพียงพอ”

- นางผ่องพิศ : “ผู้ป่วยจะเดินมาก เดินออกนอกห้อง เขย่าประตูป่วย มีวิธีการจัดการกับปัญหา คือพาผู้ป่วยเดินควงแขน แยกขาเดินไปไหนตามใจแก่ หรือพาแกนั่งรถเข็น ขึ้นไปเข็นมาบริเวณหน้าต่าง เมื่อแกได้ ออกข้างนอกบ้างอาการก็จะดีขึ้น ไม่กระสับกระส่าย”
- นางบุญเรียง : “ใช่ ถ้าพอจะตามใจแก่ได้ ก็น่าจะทำให้ เพราะไม่ได้เสียหายอะไร”
- นางสายใจ : “ผู้ป่วยติดผู้ดูแล พี่เลี้ยง เพราะกลัวถูกทอดทิ้ง”
- นางสมสุข : “ผู้ดูแลต้องใจเย็น มีความอดทน พุดเพราะ ไม่พุดตะคอก พุดชื่นชมผู้ป่วย ให้แรงเสริม และมีอารมณ์ขัน”
- นางดวงวิภรณ์ : “สนับสนุนในเรื่องการตามใจผู้ป่วย ตามใจในสิ่งที่ตามใจได้ นอกจากนี้จะต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องการเสริมสร้างกิจกรรมที่จะให้ผู้ป่วย การให้แบบฝึกหัดอย่าให้พร้อมกันหลายๆ อย่าง เมื่อจะให้ฝึกความจำ ก็ให้จำทีละอย่าง เช่น จำชื่ออย่างเดียว จับ แอวท่าเดียว และเมื่อผู้ป่วยมาบ่าบ๊ ดครั้งที่ 2 ให้ทวนกิจกรรมของครั้งที่ 1”
- นางสมสุข : “ใช่ ฝึก Brain gym ก็ให้ฝึกทีละหนึ่งท่า ฝึก Physical ก็ให้ฝึกทีละหนึ่งท่า”
- นายไพสันต์ : “เรื่องพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยชี้หึ่งมาก คิดว่าเมียมีชู้กับเด็กเทคนิค เมียมาเยี่ยมไม่ออกมาพบ”
- นางสายใจ : “เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปลดปล่อยเรื่องทางเพศ พฤติกรรมทางเพศคู่สมรสต้องจำยอม และมีความอดทนสูง”
- นางบุญเรียง : “มีกรณีตัวอย่างจากญาติผู้ป่วย ให้เงินไปเที่ยวผู้หญิง เพื่อผ่อนคลาย และปลดปล่อย”
- นายสัมพันธ์ : “ผู้ดูแลอายุ ญาติอับอาย บอกว่าพ่อแก่แล้ว”
- นางนิภาพร : “ปรับทัศนคติผู้ดูแล”
- นางดวงวิภรณ์ : “ตัวเองมีประสบการณ์เรื่องนี้ สงสารแม่มาก ต้องให้แม่อยู่คนละบ้านกับพ่อ ต้องแยกกันอยู่ และหากใครจะมาเยี่ยมพ่อ ให้คนที่มาเยี่ยมเป็นผู้ชายเท่านั้น เมื่อพ่อมีอาการจะไม่ให้ผู้หญิงเข้าเยี่ยมเด็ดขาด เนื่องจากพ่อขาดความยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม”
- นางบุญเรียง : “กิจกรรมบำบัดอย่างหนึ่งที่ได้ผลดี คือ ดนตรีบำบัด จะใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา ไม่มีสมาธิ ครั้งแรกที่ลองใช้ดนตรีบำบัดกับผู้ป่วย จะหยุดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งได้ในช่วง 10 นาทีแรก หลังจากนั้นจะหยุดพฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่งได้เป็นชั่วโมง เพลงที่ผู้ป่วยชายชอบฟัง คือเพลงลูกทุ่งสมัยก่อนของยอดรักและสายัณห์”
- นางนิภาพร : “ผู้หญิงชอบรำวงเวียนครก”
- นางผ่องพิศ : “เต้นกันเกือบตาย”
- นางดวงวิภรณ์ : “บางคนชอบหนังตะลุง มโนราห์ แล้วแต่ความชอบส่วนบุคคล”
- นางสายใจ : “การบำบัดที่ไม่ใช้ยาที่ได้ผลดีอีกอย่างคือ การนวด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย นอนหลับได้”

นางดวงวิภรณ์ : “หรือพาไปเยี่ยมญาติ กระทั่งพ่อตายไม่ได้พาพ่อไป รู้สึกผิดและไม่สบายใจตราบเท่าทุกวันนี้ ฉะนั้นถ้าพาไปได้ สถานที่ที่ผู้ป่วยอยากไป ก็พาไป ต้องผู้ป่วยรู้สึกอยากไปด้วยจะได้ ไม่เป็นภาระกับเรามากนัก อีกเรื่อง คือ เรื่องอาหารสำหรับผู้ที่มีโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยอยาก รับประทาน อะไร ยืดหยุ่นได้ก็ให้รับประทาน อาหารที่ชอบ สถานที่ใช่ จิตใจจะได้สบายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล”

นางบุญเรียง : “สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านจัดให้ปลอดภัย ผู้ป่วยจะถอดกลอน เดินออกนอกบ้านไปตกน้ำตาย เป็นข่าวครึกโครมที่เซียงใหม่”

นางสมสุข : “เคยมีผู้ป่วยง ปีนหน้าต่างนึกว่าประตู แนะนำญาติให้ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่างไม่ให้ขึ้นชั้นบน มีรั้วรอบขอบชิด”

นางดวงวิภรณ์ : “พ่อตื่นตี 3 ปีนรั้ว เดินไปร้านกาแฟ ลูกๆหากันเกือบแยะ พ่อกลับบ้านไม่ถูก ตำรวจเห็นเดินอยู่ ถามบ้านอยู่ไหน พ่อตอบไม่ได้ แต่จำชื่อพี่ชายที่เป็นครูอยู่โรงเรียนวชิรเศรได้ ตำรวจจึงนำพ่อกลับมาส่งที่บ้าน เพราะตำรวจรู้จักพี่ชาย”

นางบุญเรียง : “การออกกำลังกายก็โอเคอยู่นะ ป่าจิตราคนไข้ที่เคยมาบำบัดกับเราอาการดีขึ้นมาก จากยกขาไม่เป็นก็ยกขาได้ เหมือนกิจวัตรได้เริ่มกระตุ้น ต้องช่วยยกขา ก่อนในช่วงแรก ส่วนการมองภาพเพื่อระลึกความหลัง ต้องบอกซ้ำๆและต้องใช้ระยะเวลา นานกว่าผู้ป่วยจะจำได้”

นางสายใจ : “ปั้นดินน้ำมัน ช่วยในเรื่องของสมาธิและความคิด”

นางสมสุข : “เกมส์ช่วยเรื่องความคิด และเพื่อคลายความวิตกกังวล”

นางบุญเรียง : “วาดภาพ ช่วยในเรื่องของสมาธิ กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง”

นางดวงวิภรณ์ : “เป็ยเบนอาการหูแว่วด้วยกิจกรรมการวาดภาพ”

ประเด็นแหล่งสนับสนุน

นางสายใจ : “ลูกต้องช่วยกัน มีการวางแผนจัดการการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน”

นางสมสุข : “ผู้ดูแลต้องสลับกันดูแล หากไม่มีเวลาดูแล ต้องช่วยในเรื่องการเงิน การให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ดูแลจะรู้สึกดีขึ้น มีพลังในการดูแลผู้ป่วย”

นางดวงวิภรณ์ : “ผู้ป่วยเอาเงินไปให้คนอื่นที่ละหมื่นที่ละแสน ลูกต้องมาขอใบรับรองแพทย์ไปให้ธนาคารเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถอนเงิน และบอกธนาคารให้โทรหาลูกก่อน จะไม่เป็นการหักหน้าใจพ่อ ถ้าจำนวนเงินที่พ่อเบิกไม่มากนัก”

นางสมสุข : “แหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะสามารถให้คำแนะนำ และให้ความรู้ในเรื่องผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ โทรศัพท์สายด่วน 1323 เมื่อมีปัญหาให้โทรมาปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำสถานที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระดับอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลชุมชนก็น่าจะแนะนำได้ นอกจากนี้สามารถขอความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พระในวัดหรือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) นักสังคมสงเคราะห์ และที่ใกล้ตัวสุดคือเพื่อนบ้าน”

นางดวงวิภรณ์ : “คาดหวังว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนได้ และส่งต่อผู้ป่วยให้เร็วที่สุด เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป”