

บทบาทพยาบาลกับการดูแลปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม

วรรณภา ปัตตพัฒน์ พย.ม.*

บทคัดย่อ

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ว่าจะภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเกิดจากสาเหตุใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหาดังกล่าวมักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม แนวทางการดูแลและรักษาทั้งแบบใช้ยาหรือไม่ใช้ยา เพื่อให้สามารถประเมินและให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา สนับสนุนครอบครัว ในการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ : ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม, บทบาทพยาบาล

Nurses' roles for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD

Wanna Pattapat M.N.S.*

Abstract

Behavior and Psychological Symptoms are common among people with Dementia. Regardless of the cause of Dementia More than 90 percent of people with Dementia have this problem for a specific period of time and so severe that treatment is required. Such problems often greatly affect the quality of life of Dementia and caregivers. The cost and admission rate will increase more than mild or moderate dementia without BPSD. So nurses who important roles in caring patients and family need to have knowledge and make understand, suitable attitude about diversity problems, treatment by pharmacy or non-pharmacy , support, educate, consultant and give a good quality of life until the end of life.

Keywords : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Nurses' roles

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

* Nurse, Senior Professional Level, Elderly Health Care Center, The Thai Red Cross Society

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมอง มีลักษณะเด่นในเรื่องความบกพร่องด้านความจำ การรู้คิด การตัดสินใจ การใช้ภาษา มีระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงมากที่มีอาการด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจร่วมด้วย ที่เรียกว่า ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือ “Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)” ซึ่งเมื่อเกิดแล้วส่งผลต่อแนวทางการจัดการ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Carer or Caregiver) ได้รับผลกระทบอย่างมาก¹ เพราะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด คอยเฝ้าตลอดเวลาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การหลงทางสูญหาย รวมถึงเรื่องการจัดการทรัพย์สินเงินทอง² ผู้ดูแลรวมถึงบุคลากรที่ให้การดูแลเกิดความเครียด หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าได้มากกว่าให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วไป นอกจากนี้ยังทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลเพิ่มขึ้นจากการรับผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือรับไว้ตามสถานบริบาลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดจ้างหาผู้ดูแลที่มีความต้องการเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีอาการ BPSD

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) เป็นหนึ่งในปัญหาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบได้บ่อยในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และผู้ป่วยสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (vascular dementia) จะประกอบไปด้วยกลุ่มอาการต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางการรับรู้ (หลงผิด, หลอน) กลุ่มอาการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มอาการทางการใช้ภาษา กลุ่มอาการทางอารมณ์ และกลุ่มอาการเปลี่ยนแปลงทางการนอนหลับ จากการศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยสมองเสื่อม BPSD มากกว่า 97% มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เฉยเมย หลงผิด วุ่นวาย การเคลื่อนไหวกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง เดินเรื่อยเปื่อย³ สำหรับประเทศไทยการศึกษาของศิริรณภา อภิลักษณ์ปัญญา และคณะ⁴ พบอาการ BPSD ในผู้ป่วย Vascular Dementia ที่พบบ่อย คือ อารมณ์เฉยเมย และพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าว

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตามสถานบริบาล โรงพยาบาลชุมชนจึงควรมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับความรุนแรงที่มี BPSD สามารถประเมินสภาพที่เกิดขึ้น สามารถจัดการกับปัญหา BPSD สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำกับญาติหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อมี ภาวะ BPSD ได้อย่าง

เหมาะสมและเข้าใจ ซึ่งต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ยา ร่วมด้วย

การจำแนกกลุ่มอาการของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) เป็นอาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA)¹ ได้มีการปรับปรุงการจำแนกใหม่โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (emotional) ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า เฉยเมย ความนับถือตัวเองลดลง ภาวะซึมเศร้าใน BPSD ไม่ได้มีความรุนแรงเท่ากับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แต่จะเป็นในลักษณะความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

2. กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) มีความผิดปกติทางการรับรู้ (cognitive/perceptual) ได้แก่ อาการหลงผิด คิดว่ามีคนมาขโมยของ มีคนแปลกหน้าเข้ามาอยู่ด้วย คิดว่ามีคนปลอมตัวมาเป็นญาติ อาจมีความคิดอยากหนีออกจากสถานที่นั้น ๆ และอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว เห็นภาพหลอน มักได้ยินเสียงคนที่เสียชีวิต หรือคนที่ไม่ได้อยู่ในห้อง

3. กลุ่มอาการการนอนผิดปกติ (sleep disorders) มีปัญหาด้านวงจรการนอนหลับ ผู้ป่วยจะนอนหลับมากในช่วงกลางวัน และไม่หลับหรือตื่นแล้วหลับยากในช่วงกลางคืน พลุกพล่าน กระวนกระวาย เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย ซึ่งปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือบุคคลที่ให้การพยาบาลเป็นอย่างมาก

4. กลุ่มอาการอื่นๆ ทางกายเคลื่อนไหว (motor) ได้แก่ พฤติกรรมทำซ้ำๆ เดินเรื่อยเปื่อยไร้จุดหมาย พลุกพล่าน เดินไปมาระหว่างรับประทานอาหาร ลุกไปมาในยามวิกาล พฤติกรรมก้าวร้าว ตบตี ข่วน ทางภาษา (verbal) ได้แก่ การพูดถ่มคำๆ การตะโกนร้อง การใช้คำพูดก้าวร้าวหยาบคาย มักพบได้มากในเพศชายโดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อนป่วย

หลักการรักษาปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติใดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษาอาการ BPSD เนื่องจากเป็นอาการที่ไม่พบสาเหตุชัดเจน แต่เชื่อกันว่าจะเกี่ยวข้องกับการทำงาน

ลดลงของสมองส่วนหน้าที่ควบคุมเรื่องอารมณ์ การตระหนักรู้ การรู้คิด ส่วนใหญ่จึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มากกว่า^{1,5,15} วัตถุประสงค์ของการรักษา คือพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองอย่างอิสระได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย ดูแลให้มีความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ยกเว้นในสถานการณ์ฉุกเฉินที่จะมีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น แต่ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงเป็นสำคัญ สำหรับอาการกระสับกระส่าย (Agitation) อย่างรุนแรง อาการก้าวร้าว (Aggression) ซึมเศร้า (Depression) อาการทางจิต (psychosis) มักต้องเริ่มการรักษาด้วยยาโรคจิตเวชทันทีเพื่อให้ควบคุมอาการ ควรทำควบคู่กันไปกับการรักษาบำบัดแบบไม่ใช้ยาด้วย ในการรักษาด้วยยา ยาที่ใช้สำหรับช่วยในการชะลออาการของโรคสมองเสื่อมมี 4 ชนิด คือ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine และ Memantine ช่วยให้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำ การรู้คิด ความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ก็อาจมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หัวใจเต้นช้า (bradycardia) มึนเวียนศีรษะ (dizziness) อ่อนแรง (asthenia) และ ความเหนื่อยล้า (fatigue) นอนไม่หลับ ผื่นร่าย ส่วนรูปแบบการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาที่มักนำมาใช้ ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การฝึกทักษะทางสังคม⁶ การใช้ดนตรีบำบัด นวดบำบัด กลิ่นบำบัด สัตว์เลี้ยงบำบัด ฯลฯ ควบคู่กัน⁷

ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา อาจใช้วิธีการบำบัดด้วยการกระตุ้นประสาท (Neurostimulation therapies) จากการกระตุ้นด้วยกระแสตรงแบบ transcranial direct current stimulation แต่การกระตุ้นซ้ำ ๆ แบบ transcranial magnetic stimulation เป็นประโยชน์ พบในการศึกษาส่วนใหญ่โดยมีผลข้างเคียงเพียงเล็กน้อย การบำบัดด้วยไฟฟ้า Electroconvulsive therapy มีประสิทธิภาพสูงและปลอดภัยสำหรับรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการกระวนกระวาย (agitation) ก้าวร้าว (aggression) ความพร้อมของการบำบัดเหล่านี้มักมีปัจจัยจำกัดผู้ป่วยที่มี BPSD รายใหม่ทุกคนจึงควรได้รับการประเมินระบบประสาทอย่างละเอียด อาจจำเป็นต้องใช้การเอกซเรย์ทางสมองและระบบประสาท โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนหน้าซึ่งแสดงออกความผิดปกติทางพฤติกรรมมากกว่าความผิดปกติทางความจำ

BPSD ก่อให้เกิดภาวะโดยรวมต่อภาวะสมองเสื่อมของ

ผู้ป่วย ผู้ดูแลและต่อสังคมนำไปสู่การเสื่อมลงอย่างรวดเร็วของสมรรถภาพทางการรู้คิด (Cognitive) และอัตราการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรและมีระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล การต้องเข้าไปอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เร็วขึ้น และมีผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพในครอบครัวของผู้ดูแล การฝึกรอบมและการสนับสนุนผู้ดูแลพบว่าช่วยลดหรือชะลอการเข้าไปอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

บทบาทพยาบาลกับการดูแลปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD)

สิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรให้ความสนใจ คือ ลักษณะความรุนแรงของโรคหรือลักษณะอาการแสดงของโรค ได้แก่ พฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือปฏิเสธการดูแลพื้นฐานหากมีพฤติกรรมดังกล่าวจัดเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการจัดการทันที หรือส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำการซักประวัติเพื่อประเมินความรุนแรง ความเสี่ยงอันตรายต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สอบถามข้อมูลการใช้ยาจากครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากการใช้ยา ประเมินประวัติความไม่สุขสบายทางกาย เช่น ภาวะไข้ ภาวะปวด ภาวะท้องผูก ภาวะบัสสาวะไม่ออก ความปวดในผู้ที่สมองเสื่อมมีส่วนเชื่อมโยงต่อการเกิดอาการ BPSD และสอบถามข้อมูลประวัติการรักษาอาการทางจิตเวชรวมถึงประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย บทบาทพยาบาลนอกจากการให้การพยาบาลโดยตรง (direct care) ตามกระบวนการทางการพยาบาลแล้วยังทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้รับบริการ ช่วยฟื้นฟูสภาพ⁸ โดยทำงานเป็นผู้ประสาน (collaborator) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก เภสัชกร แพทย์ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาลชำนาญการ ควรมีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อแจ้งให้ทุกคนทราบเกี่ยวกับข้อกังวลต่าง ๆ บ่งชี้ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย มีทักษะการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา (consultant) และสอน (educator) ผู้ดูแลในการสังเกต บันทึกอาการของผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ ยาที่ใช้ รวมถึงวันที่/เวลาของการใช้ยาที่จำเป็นและคำแนะนำที่ผู้ดูแลได้รับจากแต่ละสาขาวิชาชีพเป็นประโยชน์อย่างมาก จะช่วยให้การจัดการ BPSD มีประสิทธิภาพมากขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ที่ดีเพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด พยาบาลควรมีแผนการดูแล (care plan) แผนการพยาบาล (nursing care plan) แผนการดูแลแบบ

ทีมสหสาขา (interdisciplinary care plan) รูปแบบการบันทึกแผนการดูแลเริ่มจากการประเมิน (assessment) การระบุปัญหา (symptoms/problems) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (diagnosis/problems) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (intervention) และการประเมินผล (evaluation) ในแต่ละปัญหา⁹

การประเมินปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ แบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมิน BPSD ได้แก่

1. แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI)¹⁰ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรม และอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดย สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ดูแล (caregiver) แบบประเมิน NPI ประกอบไปด้วยอาการ 12 ด้าน ได้แก่ delusions, hallucinations, agitation/aggression, depression, anxiety, euphoria/elation, apathy, disinhibition, irritability, aberrant motor behavior, nighttime disturbances และ appetite/eating disturbance ในแต่ละอาการจะประเมินในเรื่องของคะแนนความถี่ (1-4) และความรุนแรง (1-3) โดยคะแนนรวมในแต่ละอาการคำนวณจาก [ความถี่ X ความรุนแรง] โดยจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 ในแต่ละอาการ ส่วนคะแนนรวมทั้งหมด (total NPI score) ทำโดยรวมคะแนนของ ทั้ง 12 อาการเข้าด้วยกัน ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-144 คะแนน

2. แบบประเมิน Behavioral Etiology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม และจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ นันทิกา ทวิชาชาติ แปลมาจาก Reisberg (1987) แบบประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมความรุนแรงความผิดปกติในระหว่างวัน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา^{3,11}

3. แบบประเมิน The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)^{3,12} เป็นการประเมินเฉพาะเจาะจงพฤติกรรม กระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ แปลโดยชุดิมา ทองวชิระ (2553) เป็นการสังเกตการแสดงออก ถึงความถี่ของพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

อย่างไรก็ตามการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ต้องอาศัยเวลา มากในการเก็บข้อมูล การซักถามปัญหาของผู้ป่วยจากผู้ดูแล ที่อยู่ใกล้ชิด ประเมินความถี่ของอาการ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และจดบันทึกจะสะดวกกว่า การให้ความรู้และสนับสนุน ผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาด้วยยาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา ผู้ดูแลควรเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลง มักจะค่อยเป็นค่อยไปจนอาจไม่สามารถสังเกตเห็นได้

การจัดการปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจผู้ป่วย สมองเสื่อม (BPSD)

การจัดการ BPSD อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้อง มีทีมดูแลสุขภาพที่มีความชำนาญ สามารถที่จะประสานงาน กับผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลแรกในการชี้แจง ประเมิน สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของ BPSD ในโรงพยาบาลหรือ สถานดูแลระยะยาว สังเกตสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิด BPSD เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงจากยา และอาการแสดงออกทางกาย

แนวทางการจัดการโดยไม่ใช้ยาเป็นแนวทางแรก ที่ควรกระทำ พยาบาลสามารถช่วยชี้แจงถึงสาเหตุภายใน และภายนอกของผู้ป่วย ในการจัดการพยาบาลควรรวม ครอบครัวและผู้ดูแลไว้ในแผนการพยาบาลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรมีการสอนฝึกรวมผู้ดูแลให้เข้าใจ พฤติกรรมของผู้ป่วย จะช่วยลดอาการวุ่นวายในการดูแลกิจวัตร ประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พยาบาลควร ตอบสนองรับฟัง สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลควรมีท่าทางที่สงบและอ่อนโยน ตระหนักว่าผู้ป่วยมีความไวต่อการกระทำและจะเลียนแบบพฤติกรรมนั้น ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการจับเจ้าหน้าที่จำนวนมากเกินไป ควรจัดเจ้าหน้าที่คนเดิมในการดูแล ไม่ควรประเมินอาการผู้ป่วยบ่อยเกินไป ควรจัดหาพื้นที่ที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป¹³

1.การจัดการพฤติกรรมเดินหลง (Wandering)

พฤติกรรมเดินหลงทางเป็นหนึ่งในอาการทางพฤติกรรม ที่น่าหนักใจที่สุดสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล มีรูปแบบของ พฤติกรรมหลงทางและประเด็นการจัดการ ดังนี้

- เก็บสิ่งของที่อาจกระตุ้นพฤติกรรมให้พ้นสายตาผู้ป่วย (เช่น เลือคลุมหรือกระเป๋าถือ)

- จัดห้องของผู้ป่วยในบริเวณที่มองเห็นได้สะดวก ควรอยู่ห่างจากบันไดหรือลิฟต์ และควรตั้งอยู่ในจุดที่ว่าเมื่อผู้ป่วยต้องการเดินไปที่ประตูทางออกต้องผ่านเคาน์เตอร์พยาบาล

- สร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีการตื่นตัว ในพฤติกรรมเดินหลงของผู้ป่วย

- มีการจัดหาการออกกำลังกายและกิจกรรมที่เหมาะสม ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรม (เช่น พาผู้ป่วยเดินเล่นภายในบริเวณโรงพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม)

- กำหนดสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยได้เดิน

- ติดป้ายชื่อติดผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เก็บข้อมูลต่าง ๆ

สิ่งที่ผู้ป่วยสวมใส่ในชีวิตประจำวันและเก็บภาพถ่ายปัจจุบันของผู้ป่วยไว้ในแฟ้มประวัติ

- ตรวจสอบผู้ป่วยสม่ำเสมอหรือพิจารณาใช้เครื่องมือเตือนเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวอย่างเช่น bed alarm เครื่องมือที่ติดไว้ที่เตียงเมื่อผู้ป่วยลุกหรือเคลื่อนไหวออกจากเตียงหรือ chair alarm เมื่อผู้ป่วยลุกหรือเคลื่อนไหวออกจากเก้าอี้

2. อาการเปลี่ยนแปลงช่วงหัวค่ำ (Sundowning)

เป็นอาการกระสับกระส่าย สับสนเพิ่มขึ้นหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงบ่ายหรือหัวค่ำ มีวิธีการจัดการบางอย่าง ได้แก่

- ค้นหาโดยสอบถามจากครอบครัวหรือผู้ดูแลว่ากิจกรรมใดที่คุ้นเคยสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสงบลง (เช่น นมอุ่น ๆ, การดูหนัง, การใช้ดนตรีท่วงทำนองเบา ๆ) พิจารณาปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น เช่น จากแสงและเสียง อนุญาตให้ผู้ป่วยเดินเคลื่อนไหวร่างกายในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่จัดไว้

- ส่งเสริมให้พักผ่อนในช่วงบ่าย หากมีอาการเหนื่อยล้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมในช่วงบ่ายที่อาจทำให้มีอาการไม่สงบ (เช่น การอาบน้ำ, การทำแผล)

3. อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวาย (Anxiety or agitation)

จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายได้ มีแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลได้แก่

- ให้ความเวลาในการพูดคุยสนทนากับผู้ป่วยให้มากขึ้น ในขณะที่ตัวคุณควรควบคุมอารมณ์ของตนเอง สงบ สติอารมณ์ และใช้น้ำเสียงต่ำ ใช้ทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน, หลีกเลี่ยงการบังคับหรือยึดมั่นผู้ป่วย

4. ความก้าวร้าว (Aggression)

ความก้าวร้าวทางกายหรือทางวาจาอาจเกิดจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า สภาพแวดล้อมที่กระตุ้นมากเกินไป การถามผู้ป่วยมากเกินไปในคราวเดียวกัน การให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเกินความสามารถ การเผชิญคนแปลกหน้ามากเกินไป ในบรรยากาศที่มีเสียงดังแอ๊ด หรือการเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยมีแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

- ใช้คำพูดหรืออธิบายสั้น ๆ แต่หากคำอธิบายไม่ช่วยทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ควรใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย หรือใช้กิจกรรมสั้นๆแทนการอาจทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ใช้วิธีพูดในทางบวก การพูดว่า “ไม่” อยู่ตลอดเวลา หรือการใช้คำสั่งจะเป็นการเพิ่มความก้าวร้าวของผู้ป่วย

5. การเห็นภาพหลอนหรือมีความคิดผิด ๆ (Hallucinations or false ideas)

สิ่งเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะหลังของภาวะสมองเสื่อม บุคคลนั้นอาจได้ยินเสียงพูดหรือเห็นบุคคลหรือวัตถุ สิ่ง

นี้เป็นสาเหตุของปฏิกิริยารุนแรง เช่นความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลและความปั่นป่วน วิธีจัดการประกอบด้วย

- อย่าโต้แย้งและอย่าคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าวหาเรานั้นเป็นจริง

- รักษาสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยโดยมีเจ้าหน้าที่ทำงานและกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอให้มากที่สุด

- หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรือเห็นภาพหลอนอาจต้องใช้ร่วมกันกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต

6. พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Disinhibited behavior)

การทำความเข้าใจว่าเหตุใดผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมในลักษณะนี้ (เช่น จากการที่ความจำเสื่อม, ความสับสนหรือไม่สุขสบาย) เราสามารถช่วยหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้ ผู้ป่วยอาจลืมไปว่าพวกเขาอยู่ที่ไหน การแต่งตัวแต่งอย่างไร, และความสำคัญของการที่ต้องแต่งตัว, ห้องน้ำอยู่ที่ไหนและใช้อย่างไร พวกเขาอาจสับสนในตัวตนของบุคคล พวกเขาอาจรู้สึกร้อนหรือเย็นเกินไปหรือเสื้อผ้าของพวกเขาอาจคับเกินไปหรือคัน หรือสับสนเกี่ยวกับช่วงเวลาของวันและสิ่งที่เขาควรทำแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

- ตอบสนองด้วยความอดทนและกระทำด้วยกิริยาที่สุภาพอ่อนโยน

- อย่าตื่นตระหนกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการมากเกินไป จำไว้ว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วย

- ให้ความเชื่อมั่นและปลอบโยนบุคคลากรหรือครอบครัวที่อาจวิตกกังวลกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

- เบี่ยงเบนความสนใจโดยจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

สรุป

อย่างไรก็ตามบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นบทบาทที่ให้การดูแลทั้งในระยะที่ผู้ป่วยยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีภาวะการรับรู้คิดที่เสื่อมลงไปอย่างมาก พยาบาลจึงควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลและระมัดระวังในผู้ป่วยและดูแลร่วมกับครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองร่วมไปกับการรักษาด้วยยา¹⁴ คอยสังเกต ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวและผู้ดูแล หากมีการสูญเสียภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ. ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(4): 449-62.
2. ปิติพร สิริทิพากร. คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/226/sins_nursing_manual255903.pdf
3. Cloak N, Khalili AY. Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) [Internet]. 2020 [cited 2020 July 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>.
4. ศิริรักษา อภิลิทธิภิญโญ, พูนศรี รังสีขจี, พงศธร พหลภาคย์, ภัทรี พหลภาคย์, วรินทร์ พุทธิรักษ์. ลักษณะปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562;64(4):371-84.
5. สาธิตา แรกค่านวน. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสุขภาพจิต]. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
6. สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, ทิวาวัน คำบันลือ. การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;12(2):1-9.
7. กาญจนมา กิริยางาม. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาาระบบประสาทและจิตสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc13.ana-mai.moph.go.th/download/care_manager_training/.
8. สุพรรณิการ์ แวอาราม. การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561;35(4):4-10.
9. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561;4(3):27-36.
10. ธรรมนาถ เจริญบุญ. ผลการรักษาโรคสมองเสื่อม: การศึกษาแบบไปข้างหน้าในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59(3):313-22.
11. นันทิกา ทิวาชาติ. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Etiology in Alzheimer's Disease:BEHAVE-AD) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909333>
12. อ้นยพันธ์ พุฒิวัฒนธราดล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบชีวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(ฉบับพิเศษ): 241-9.
13. Victoria State Government. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 29]. Available from: www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/cognition/dementia/dementia-bpsd
14. รัตนา พึ่งเสมา. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563;13(1):15-22.
15. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม Clinical practice guidelines: dementia. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2557.