ปัญหาพฤติกรรมและ
ปัญหาจิตเวชในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

อาจารย์แพทย์หญิงอรพิชญา ไกรฤทธิ์

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวชในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

- เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ผู้ป่วยสมองเสื่อมกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและมักรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา
- พบได้ในทุกระดับของภาวะสมองเสื่อมแต่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นปานกลางถึงระยะท้าย
- อาการมักจะขึ้นๆ ลงๆ และ เกิดซ้ำได้บ่อยๆ
- ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก

การดูแลปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวชที่พบได้บ่อย

เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวช: The ABCs approach

Antecedents:

มองหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการ

จากสิ่งแวดล้อม บุคคลอื่น และ ตัวผู้ป่วย

Behavior:

อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการในกลุ่มใด

Consequences:

ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบและ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง

มากน้อยเพียงใด

Antecedents: สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวช

ผู้ป่วย

โรคทางกาย (เจ็บป่วย,ยา), โรคทางจิตเวช,
ความสามารถของสมอง

สิ่งแวดล้อม

เสียง,คน,อุณหภูมิ

ผู้ดูแล/บุคคลอื่น

Behavior:อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการในกลุ่มใด

สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ ได้แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการคือ

1. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (ซึมเศร้า วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกทางอารมณ์)
2. กลุ่มอาการโรคจิต (หลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน)
3. กลุ่มอาการvegetation (พลุ่งพล่าน กระวนกระวาย เดินไปเดินมาไร้จุดหมาย ปัญหาการนอน)
4. กลุ่มอาการอื่นๆ (อาการก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ทางเพศไม่ได้)

กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms)

กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms)

หงุดหงิดง่าย

ซึมเศร้า

- อาการด้านอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดคือความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (apathy)
- พบอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้บ่อยก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการน้อย (mild dementia)
- ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะหลังๆ (advanced dementia) มักพบความวิตกกังวลมากกว่า

อาการซึมเศร้า

- เด่นที่ความรู้สึกหมดความสนใจในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ (anhedonia) และมีความนับถือตนเองลดลง (low self-esteem)
- ไม่ค่อยพบอารมณ์เศร้าหมอง (sadness) รู้สึกผิด (feeling of guilt) หรือ ความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (suicidality)
- มักจะเป็นชั่วคราวและไม่รุนแรงเท่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ซึมเศร้า

กลุ่มอาการโรคจิต (หลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน)

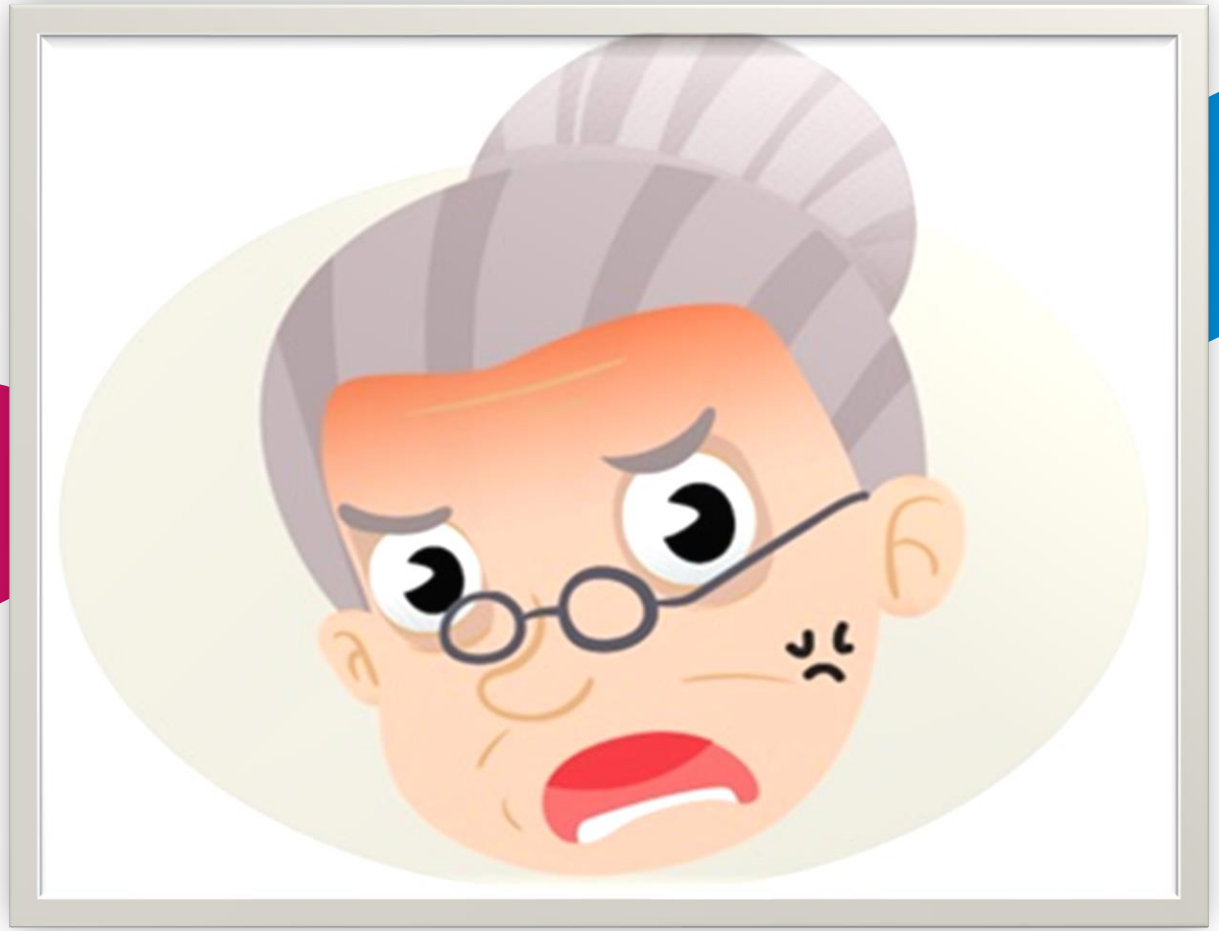
กลุ่มอาการโรคจิต (หลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน)

- พบอาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) ได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางขึ้นไป
- อาการหลงผิดที่พบได้บ่อย เช่น คิดว่ามีคนมาปองร้าย (persecutory delusion) มีคนปลอมตัวมาเป็นญาติหรือเพื่อนของตนของตน (Capgras delusion) มีคนแปลกหน้ามาอาศัย อยู่ในบ้าน (phantom boarder syndrome) สมบัติถูกขโมย (delusion of theft) และ คู่สมรสนอกใจ (jealousy delusion)
- อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่วและเห็นภาพหลอน โดยผู้ป่วยมักได้ยินเสียงของบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วหรือได้ยินเสียงของบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในห้อง ส่วนภาพหลอนที่เห็นจะค่อนข้างเป็นเรื่องเป็นราวและมีสีสัน
- ก่อให้เกิดความเครียด ไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย หนีออกจากบ้านหรือโรงพยาบาล

กลุ่มอาการvegetation (พลุ่งพล่าน กระวนกระวาย เดินไปเดินมาไร้จุดหมาย ปัญหาการนอน)

กลุ่มอาการ vegetative

- มักจะแสดงออกด้วยอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายแต่ไม่ก้าวร้าว
- เช่น แต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (wandering) ลุกเดินระหว่างรับประทานอาหาร ลุกเดินไปมายามวิกาล (nocturnal ambulation) พยายามหนีออกจากบ้าน นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมพูดซ้ำ เซ้าซี้ บ่นหรือถามซ้ำ ๆ เรียกร้องความสนใจเกินควร
- ปัญหาเรื่องวงจรการนอน (sleep-wake cycle) ผิดปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยผู้ป่วยจะงีบหลับในช่วงกลางวัน (frequent day-time napping) หลับไม่ค่อยสนิท ตื่นช่วงกลางคืนบ่อยๆ (multiple nocturnal awakening) และตื่นกลางคืนนาน (prolonged night-time wakefulness)



กลุ่มอาการอื่นๆ (อาการก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ทางเพศไม่ได้)

กลุ่มอาการอื่นๆ
(อาการก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ทางเพศไม่ได้)

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1. การก้าวร้าวทางกายภาพและทางวาจา (physical and verbal aggression)
2. การมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (irritability and disinhibition)

การก้าวร้าวทางกายภาพและทางวาจา (physical and verbal aggression)

- การตี เตะ ข่วน ขว้างปาข้าวของ กัด ถ่มน้ำลาย สาปแช่ง พูดคำหยาบ
- มักจะเกิดเมื่อรู้สึกไม่สบายกายและวิตกกังวล หรือ ถูกล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว
- พฤติกรรมเหล่านี้จะพบในเพศชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีบุคลิกภาพค่อนข้างก้าวร้าวมาตั้งแต่ก่อนป่วย

การมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจ (irritability and disinhibition)

- มักแสดงออกโดยการโต้เถียง มุ่ยหน้า บุ้ยปาก นิ่งเงียบ ส่งเสียงดังด้วยความโกรธ
- การขาดความยับยั้งชั่งใจ เช่น การแสดงความเป็นมิตรมากเกินควร (excessive friendliness) การแสดงความเห็นอย่างไม่ถูกกาลเทศะ
- การควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้อาจแสดงออกด้วยการอวดอวัยวะเพศ (self-exposure of genitalia) สำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อยๆ (compulsive masturbation) พูดจาแทะโลม หรือล่วงเกินทางเพศ เช่น สัมผัสผู้ดูแลอย่างไม่เหมาะสม
- อาการต่างๆ เหล่านี้ล้วนนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษา ก่อให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพ ส่งผลให้เกิดความเครียด ไม่สบายใจ และ ปัญหาทางด้านกฎหมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติ

Consequences: ผลกระทบและความรุนแรง

- ประเมินว่า ปัญหาพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแลหรือไม่

หลักการการดูแลปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวชที่พบได้บ่อย

หลักการการดูแลปัญหาพฤติกรรมและปัญหาจิตเวชที่พบได้บ่อย

1. บอกเล่า
2. เบี่ยงเบน
3. บอกซ้ำ
4. แบ่งเบา/ บำบัด

ปัญหาการนอน

- ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาการนอน เมื่ออาการพัฒนาไปสู่ระยะกลางเป็นระยะเดียวกันกับที่มีปัญหาเรื่องของภาษา การพูดสื่อสาร และปัญหาพฤติกรรมต่างๆ
- กลางคืนผู้ป่วยมักจะตื่นขึ้นมาลุกเดินพลุ่งพล่าน เตรียมตัวตื่นใส่บาตรตอนตี 2 ร้องจะกลับบ้านกลางดึก หรือพยายามเปิดประตูออกไปนอกบ้าน บอกว่าเพื่อนมายืนรออยู่หน้าปากซอย แต่ตอนกลางวันหลับได้ดี หรือผู้ป่วยบางคนมีระบบการนอนเปลี่ยนไป เช่น ตื่นไม่นอนตลอด 3 วัน แล้วนอนหลับไป 1 วันเต็ม

แก้ปัญหานอนไม่หลับ

- ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ แต่ ไม่วุ่นวาย ไม่เป็นไร
- หาสาเหตุว่าผู้ป่วยนอนหลับได้ไม่ดีตอนกลางคืนเป็นเพราะอะไร มีอาการอะไรเกิดขึ้นขณะหลับบ้างหรือไม่
- ยาบางชนิดรบกวนการนอน เช่น กาแฟ ชา บุหรี่ แอลกอฮอลล์ **ยาลดน้ำมูก ยาขยายหลอดลม โสม**
- รับแสงแดดในช่วงกลางวัน
- หากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้ทำเพลินๆ ในเวลากลางวัน
- ออกกำลังกาย
- พยายามจัดเวลานอนและตื่นของผู้ป่วยให้เหมาะสม กำหนดชั่วโมงการนอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เลื่อนเวลาออกไปวันละเล็กวันละน้อยจนได้เวลาที่ต้องการ
- ถ้าวุ่นวายมาก ควรปรึกษาแพทย์ขอยาช่วยเฉพาะในวันที่นอนไม่หลับ
- ผู้ป่วยนอนเฉยไม่ได้หลับ อาจเป็นอาการเฉื่อยชาไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นให้ทำกิจกรรม เคลื่อนไหวร่างกาย

ถามซ้ำๆ เรื่องเดิม

- ผู้ป่วยอาจจะมีความกังวล หรือเรื่องบางเรื่องฝังอยู่ในส่วนความจำของสมอง เมื่อมีอะไรไปสะดุดจึงถามหา ถามบ่อยมากจนผู้ดูแลรำคาญ
- แรกๆ ผู้ดูแลจะใจเย็นตอบด้วยน้ำเสียงธรรมดา บ่อยเข้าอาจจะอารมณ์เสียขึ้นเสียงกับผู้ป่วย

ข้อแนะนำเกี่ยวกับการถามซ้ำๆ เรื่องเดิม

- พยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่องอื่นเพื่อให้ลืมเรื่องที่ถาม
- พยายามตอบโดยควบคุมอารมณ์
- ไม่ต้องตอบผู้ป่วยทุกครั้งที่ถาม
- ถ้าถามถึงผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว ไม่ต้องตอบความจริง พยายามตอบเพื่อให้จบปัญหาง่ายๆ เช่น ไปซื้อของ หรือไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยรู้ดีว่าคนที่ถามถึงทำเป็นประจำ
- อย่าบอกผู้ป่วยล่วงหน้านาน เช่น จะมีคนมาเยี่ยมบ้าน หรือต้องไปพบแพทย์ เพื่อป้องกันการถามซ้ำ
- ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือได้อยู่ ให้เขียนคำตอบตัวโตๆ ใส่กระดาษติดฝาผนังไว้ ให้อ่านแทนการตอบซ้ำบ่อยๆ

ทำเรื่องเดิมซ้ำๆ ห้ามก็ไม่ฟัง

- ผู้ป่วยอาจจะทำเรื่องเดิมซ้ำๆ พูดประโยคซ้ำๆ เล่าซ้ำๆ เหมือนเดิม จนทุกคนรู้แล้วว่าประโยคต่อไปคืออะไร
- บางรายจะชอบจดบันทึก จดแล้วจดอีกแต่ไม่อ่าน หรือบางรายจะหุงแต่ข้าวเป็นกิจวัตร
- ห้ามไม่ฟัง

ข้อแนะนำเมื่อผู้ป่วยทำเรื่องเดิมซ้ำๆ

- อย่ารำคาญผู้ป่วยหรืออารมณ์เสีย
- หาวิธีแก้ปัญหาใหม่ไปเรื่อยๆ เพื่อจะสื่อสารกับผู้ป่วยเข้าใจ เช่น ผู้ป่วยจะจดบันทึกก็ให้จดไป แล้วช่วยเก็บไว้ในที่ๆ ผู้ป่วยหยิบอ่านง่าย หรือ เขียนใส่กระดาษติดไว้ตรงปุ่มกดเวลาหุงข้าวว่ายังมีข้าวอยู่ไม่ต้องหุง ถ้าผู้ป่วยยังหุงอีกก็ลองเก็บหม้อหุงข้าวล๊อคกุญแจใส่ตู้

อาการพลุ่งพล่านหรือเรียกร้องแปลกๆ

- ผู้ป่วยบางคนมีอาการพลุ่งพล่านเดินไปมาทั่วบ้าน ค้นหาข้าวของในตู้เสื้อผ้า บางคนร้องจะกลับบ้านตอนตี 2 เป็นประจำ
- หัวใจสำคัญ คือ ผู้ดูแลต้อง<u>คล้อยตาม</u>ผู้ป่วยไปก่อน จากนั้นค่อย<u>เบี่ยงเบน</u>ความสนใจไปยังเรื่องอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยลืมความตั้งใจ

ข้อแนะนำเกี่ยวกับอาการพลุ่งพล่านหรือเรียกร้องแปลกๆ

- ข้อแนะนำ

"<u>อย่าพยายามอธิบายหรือโต้เถียงผู้ป่วย</u>

<u>เปลี่ยนเป็นคล้อยตามแล้วเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อให้ลืม</u>"

- การกอดจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง
- สังเกตความผิดปกติทางร่างกายหรือเหตุการณ์กระตุ้น
- พยายามแก้ไขที่สาเหตุและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น พรางประตูและที่เปิดปิดประตู
- ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ได้เพลิดเพลิน เพื่อลดความพลุ่งพล่าน

ทำของหายแล้วโทษว่าคนอื่นขโมยของ

- ผู้ป่วยไม่ได้พูดโกหกหรือแกล้ง แต่จำไม่ได้เลยว่าทำอะไรไปบ้าง
- ผู้ป่วยมักโทษคนอื่นว่าขโมยของ ทำให้คนในบ้านทะเลาะกันเพราะเชื่อผู้ป่วย หรือคนถูกกล่าวหาโกรธผู้ป่วย

ข้อแนะนำเมื่อผู้ป่วยทำของหายแล้วโทษว่าคนอื่นขโมยของ

- อย่าโต้เถียงกับผู้ป่วย เพราะไม่มีประโยชน์ เสียเวลาและเสียอารมณ์
- เก็บของสำคัญหรือของมีค่าเข้าตู้ใส่กุญแจล๊อคให้มิดชิด บอกผู้ป่วยว่าถ้าต้องการจะเอาเมื่อใดจะไขกุญแจเปิดให้
- บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยเก็บไว้ที่ไหน อาจหาตู้หรือกล่องไว้สำหรับให้ผู้ป่วยเก็บของใช้ส่วนตัว
- ถ้าผู้ป่วยชอบใส่เครื่องประดับมีค่า หาของปลอมมาให้ใส่แทน เช่น เครื่องเพชร หรือสร้อยทองปลอม แบงก์กงเตก
- ของใช้ที่ผู้ป่วยมักทำหาย หาชิ้นสำรองเก็บไว้
- สังเกตจุดที่ผู้ป่วยมักซ่อนของ เช่น ถังขยะ ในซอกมุมต่าง ๆ

การรับรู้ผิดปกติและหลงผิด

- สาเหตุ คือ อาการทางสมองที่ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยผิดปกติไป
- อาการที่พบได้บ่อย ๆ เช่น มีใครไม่รู้มาอยู่ในห้องนอน ให้เรียกเขามานั่งคุยกันหน่อย หรือ บอกว่ามีขโมยเข้ามาในบ้านเอาไม้ตะพดไล่ตีขโมย

ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรับรู้ผิดปกติและหลงผิด

- ผู้ดูแลควรควบคุมสติ และมีความหนักแน่น อย่าตื่นตกใจไปกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- พยายามเบี่ยงเบนความสนใจยังเรื่องอื่น
- อย่าพยายามอธิบายหรือเถียงกับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยเห็น หรือได้ยินไปเอง
- ปลอบใจเมื่อผู้ป่วยกลัว
- สังเกตสิ่งแวดล้อม เช่น สื่อที่มีความรุนแรง เพราะผู้ป่วยจะแยกไม่ออกว่าเรื่องไหนจริงเรื่องไหนแต่งขึ้นมา
- สังเกตอาการเจ็บป่วยทางกาย หรือซักถามแพทย์เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ เพราะอาจมีผลต่อการรับรู้ผิดปกติ เช่น เสียเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากท้องเสีย การกินยาบางชนิด หรือการมองเห็นไม่ชัดเจน
- ภายในบ้านควรติดไฟให้ความสว่างมองเห็นได้อย่างชัดเจน เพราะความมืดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว หรือเข้าใจผิดเห็นเป็นภาพเงาเหมือนคน

เมื่อผู้ป่วยเดินหลงออกจากบ้าน

- ให้ปิดประตูล็อกบ้านตลอดเวลา ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เดินหายไปจากบ้าน
- ติดกลอนไว้ด้านบน หรือด้านล่างประตูในจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดเองได้
- หากระดิ่งผูกประตู หรือหน้าต่างไว้ ถ้าผู้ป่วยพยายามออกไปคนในบ้านก็จะได้ยินเสียง
- แจ้งเพื่อนบ้านให้ทราบถึงอาการผู้ป่วย หรือหากผู้ดูแลจำเป็นออกนอกบ้านไปทำธุระ ให้ฝากเพื่อนบ้านช่วยสอดส่องดูแล
- เขียนชื่อผู้ป่วยและลักษณะอาการพร้อมที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ใส่ในกระเป๋าเสื้อผู้ป่วย หรือผูกป้ายข้อมือ สร้อยคอ (ที่ผู้ป่วยถอดออกเองไม่ได้) เพื่อให้ผู้พบเห็นติดต่อทางบ้าน
- เก็บภาพถ่ายปัจจุบัน วีดีโอเทปของผู้ป่วยไว้เพื่อช่วยในการตามหา ในกรณีที่หายตัวไป
- เวลาพาผู้ป่วยไปนอกบ้าน อย่าปล่อยให้อยู่คนเดียวดยเด็ดขาด อย่าเชื่อใจว่าผู้ป่วยจะทำตาม ผู้ดูแลควรจะพกรูปถ่ายของผู้ป่วยที่ดูแล้วมีรูปร่างหน้าตาแล้วเหมือนกับปัจจุบันติดตัว
- ให้ผู้ป่วยฝึกท่อง หรืออ่านที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ของทางบ้านไว้

ข้อแนะนำเมื่อผู้ป่วยเดินหลงออกจากบ้าน

- เมื่อผู้ป่วยหายไปควรตรวจสอบทรัพย์สิน ดูว่าผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการติดตาม
- นึกถึงนิสัยและพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าน่าจะไปทางไหน เช่น เคยขึ้นรถประจำทางเป็นประจำหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่เคยขึ้นรถโดยสารก็อาจหายจากบ้านไปด้วยวิธีการเดินไปเรื่อยๆ เริ่มจากช่วยกันหาบริเวณใกล้บ้านหรือจุดที่พลัดหลงก่อน
- ตามหาในสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น สวนสาธารณะใกล้บ้าน โรงพยาบาลที่เคยไปรักษา ร้านขายของใกล้บ้าน วินมอเตอร์ไซด์ใกล้บ้าน ท่ารถประจำทาง วัดที่เคยไป ฯลฯ
- สอบถามสถานีตำรวจในท้อที่และให้บริเวณใกล้เคียง
- เมื่อหาตัวผู้ป่วยพบแล้ว ผู้ดูแลพยายามสงบสติอารมณ์อย่าโวยวายหรืออารมณ์เสียใส่ผู้ป่วย พูดกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ ปลอบโยนให้หายกลัว เมื่อปลอบโยนให้สงบลงแล้วผู้ดูแลค่อยชวนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

สถานที่ติดต่อเมื่อผู้ป่วยหายออกจากบ้าน

- สถานีตำรวจ
  - ควรนำเอกสารต่างๆ ทั้งของผู้แจ้งและผู้ป่วยไปด้วย เช่น บัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หนังสือเดินทาง (คนต่างชาติ) หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือใบสำคัญทางราชการอื่นๆ ถ้ามี และภาพถ่ายล่าสุดของผู้ป่วย
- โรงพยาบาล
  - โดยเฉพาะในละแวกใกล้เคียงทุกแห่งจากบริเวณที่ผู้ป่วยพลัดหลง เพราะผู้ป่วยอาจเป็นลมหรือประสบอุบัติเหตุที่พลเมืองดีนำส่งโรงพยาบาล
  - โทรสอบถามเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลจาก 1113 หรือ 1133
  - ถ้าติดต่อโรงพยาบาลแล้วไม่มีผู้ป่วยก็ให้แจ้งเบอร์โทรกลับไว้เผื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวมาภายหลังก็จะติดต่อญาติได้
- รายการวิทยุ
  - ร่วมด้วยช่วยกัน โทร. 1677 หรือ www.rd1677.com
  - จส.100 โทร. 1137 หรือ www.js100.com
  - สวพ.92 โทร. 1644 หรือ www.trafficbkk.com
- รายการโทรทัศน์
  - สถานีประชาชน TPBS โทร. 027911385 – 7 หรือ www.thaipbs.or.th/people
  - รายการโทรทัศน์เรื่องจริงผ่านจอ ช่อง 7 โทร. 026917446 www.thairealtv.com
- ศูนย์ข้อมูลคนหายเพื่อต่อต้านการค้ามนุษย์ มูลนิธิกระจกเงา โทร. 026427991 – 2 ต่อ 11หรือ www.backtohome.org
- สถานที่แรกรับคนไร้ที่พึ่งตามภาคต่างๆ
- แผนกนิติเวชตามโรงพยาบาลต่างๆ

พฤติกรรมก้าวร้าว

- พูดจาหยาบคาย หรือทำร้ายคนดูแลได้
- สาเหตุของความก้าวร้าวมีที่มาหลายด้าน เช่น พื้นฐานอารมณ์ของตัวผู้ป่วยเอง หรือ อาจเกิดจากการสื่อสารกันไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยไม่สบายตัวบางอย่าง ผู้ป่วยถูกขัดใจ หรือรู้สึกกดดันที่ทำบางอย่างไม่ได้ ถ้าหมั่นสังเกตใกล้ชิดก็จะแก้ไขได้ถูก

ข้อแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว

- หาสาเหตุของความก้าวร้าว เพื่อจะได้แก้ไขได้ถูกจุด
- ให้ผู้ดูแลแยกตัวออกมาจากผู้ป่วยก่อน ให้คนอื่นเข้าไปแทรก ปลอบโยนให้สงบลงแล้วเปลี่ยนเรื่องเบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่องที่ผู้ป่วยชอบแทน ไม่ต้องซักถามว่าใครถูกใครผิด
- ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมสงบ สบายตา เลี่ยงสิ่งที่จะมากระตุ้นมากเกินไป เช่น เสียงดังโหวกเหวก หรือผู้คนพลุกพล่าน
- ไม่เร่งผู้ป่วยทำกิจกรรม ถ้ามีเวลาน้อยผู้ดูแลควรจัดสรรเวลาเอง เช่น ปลุกให้ตื่นเร็วกว่าเดิมถ้าต้องรีบพาไปพบแพทย์ตอนเช้า
- ถ้าผู้ป่วยเริ่มโกรธ พยายามปลอบโยนพูดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน อย่าใช้ท่าทีข่มขู่ ขัดขวางห้ามปราม พยายามเบี่ยงเบนอารมณ์ อย่าให้มีการโต้เถียงกัน ไม่ต้องพยายามชี้แจงเหตุผล เบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่น ชวนทำสิ่งที่ผู้ป่วยชอบและเพลิดเพลิน เช่น ดูรูปภาพ กินขนม ดูหนัง ฟังเพลง
- ปรึกษาแพทย์หากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก อาจต้องใช้ยาช่วยลดพฤติกรรมเพื่อให้อยู่ร่วมกับคนอื่นในบ้านได้อย่างสงบ

พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

- พฤติกรรมนี้คือโรค ไม่ใช่นิสัยใจคอของผู้สูงอายุเอง
- เกิดจากสาเหตุจากความต้องการทางเพศที่ไม่สามารถควบคุมได้ สมองไม่รับรู้ถึงความเหมาะสม หรืออาจมาจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศเลย

ข้อแนะนำเมื่อเกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

- สังเกตว่าการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมเป็นเรื่องทางเพศ หรือเกิดจากสาเหตุอื่น บางครั้งผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าออก อาจเกิดจากเหตุผลอื่น เช่น รู้สึกร้อนมาก หรือเสื้อผ้าชุดใหม่ใส่ไม่สบายตัวใส่แล้วเกิดอาการคันบริเวณที่โดนป้ายยี่ห้อ บางครั้งเกิดจากปวดปัสสาวะ แต่สื่อสารไม่ถูกว่าต้องการจะทำอะไรก็จับอวัยวะเพศโดยที่ยังไม่ได้เดินไปห้องน้ำ
- ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่รู้ว่าอะไรควรหรือไม่ควร จึงแสดงออกมาอย่างไม่เหมาะสม
- อย่าโกรธหรืออายแทนผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- อาจพาผู้สูงอายุไปอยู่คนเดียวในห้องนอนเพื่อปลดเปลื้อง
- ถ้าหากพฤติกรรมนั้นเป็นการคุกคามผู้ดูแล ควรปรึกษาแพทย์หาทางแก้ไข

บทสรุป

- การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น
- ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องดูแลครบทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
- ญาติหรือผู้ดูแลเป็นคนที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง
- ผู้ดูแลมีส่วนช่วยได้มากหากมีความเข้าอกเข้าใจมีเมตตาต่อผู้ป่วย รู้จักวิธีจัดการดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ขอบคุณค่ะ